



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**A NATUREZA DO PROCESSO DE CONFORTO DO DOENTE
IDOSO CRÓNICO EM CONTEXTO HOSPITALAR
CONSTRUÇÃO DE UMA TEORIA EXPLICATIVA
Projecto Integrado de Vivência e Cuidado Co-criado**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

por

Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro

Instituto de Ciências da Saúde
Outubro, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**A NATUREZA DO PROCESSO DE CONFORTO DO DOENTE
IDOSO CRÓNICO EM CONTEXTO HOSPITALAR
CONSTRUÇÃO DE UMA TEORIA EXPLICATIVA
Projecto Integrado de Vivência e Cuidado Co-criado**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

por

Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro

Sob orientação da Professora Doutora Maria Arminda Mendes Costa

Instituto de Ciências da Saúde
Outubro, 2012

Ribeiro, Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente

A Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar – Construção de uma Teoria Explicativa: Projecto Integrado de Vivência e Cuidado Cocriado. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, 2012.

Tese de Doutoramento – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Orientadora: Professora Doutora Maria Arminda Mendes Costa

Palavras-chave: Conforto, Doente Idoso Crónico, Hospitalização, Enfermagem, Etnografia

À memória do meu pai e à minha mãe pelo exemplo de vida.
À minha família com quem construo felicidade.
A todas as pessoas que são importantes na minha vida.

*“ O conforto é algo a que os seres humanos querem aceder desde que nascem.
É por isso que uma criança pára de chorar quando um joelho ferido é beijado, ou um
doente idoso se acalma quando é tocado na mão ou ouve palavras delicadas”*

Malinowski & Stamler (2002)

AGRADECIMENTOS

Este percurso de investigação só se tornou possível pelo apoio de um conjunto de pessoas a quem quero dedicar algumas palavras de apreço e profunda gratidão:

À minha Professora Doutora Maria Arminda Mendes Costa, por ter aceite orientar esta tese, logo na fase inicial do Curso de Doutoramento, acreditando que seria capaz de chegar aqui, respeitando o ritmo que me era possível. Na condução deste percurso de aprendizagem, a amizade e dedicação, o apoio e a disponibilidade, o saber e o rigor, o estímulo e o entusiasmo, com que me presenteou, bem como a pertinência das reflexões e partilha do conhecimento constituíram a motivação presente quando necessitado. Ser sua orientanda tem sido um acontecimento de exigência científica que permitiu desenvolver mais Saber de Enfermagem.

À Direcção do Centro Hospitalar onde foi realizado este estudo, pelas facilidades concedidas, tornando possível a sua realização.

Aos enfermeiros do serviço de Medicina, participantes deste estudo, o meu reconhecimento pelo carinho, disponibilidade, colaboração e incentivo sempre demonstrado. Um agradecimento também à restante equipa pluridisciplinar, pela cumplicidade vivida.

Aos doentes idosos participantes deste estudo e suas famílias, com infinito respeito e admiração pela generosidade e abertura na partilha das suas vivências.

À enfermeira Isabel Corte Real pela amizade construída, incentivo, disponibilidade e apoio incondicional manifestado.

À Universidade Católica Portuguesa – Instituto Ciências da Saúde – pelas condições proporcionadas e, a todos os colegas que aceitaram a sobrecarga de trabalho possibilitando a realização desta tese.

Agradeço aos co-investigadores pela colaboração e construção conjunta.

Agradeço ainda aos amigos que me acompanharam e ajudaram a tornar mais fáceis os momentos difíceis, especialmente à Rita, à Rosa e à Teresa, pelos preciosos contributos, incentivo e ânimo, ajuda e amizade incondicional.

A toda a minha família pelo carinho e apoio constante com que me brindaram. Ao meu pai, força inspiradora e motivadora imprescindível para iniciar, percorrer e terminar esta etapa da minha vida, e que agora, já não vivendo e no único lugar do encontro possível, me foi escutando, mantendo-se sempre comigo como fonte de energia e resistência silenciosa.

À minha mãe pelo amor e estímulo sempre presente dando-me força para gerir os momentos mais difíceis. Aos meus irmãos Diogo e Olga e aos meus sobrinhos David e Ana pela partilha de ideias e ajuda demonstrada.

Aos meus filhos Miguel e Marta, à Inês e ao Diogo, pela compreensão das minhas fragilidades, de uma presença ausente, pela prolongada privação de tempo e dedicação, as palavras que não cabem neste texto. Um especial agradecimento à minha filha Marta pela cumplicidade, suporte e ajuda dada na estruturação e organização deste trabalho.

Ao Carlos que desde o início incentivou e acreditou, pela compreensão e acompanhamento, abraçando comigo este desafio.

A todos os que, de qualquer modo, me foram apoiando e incentivando possibilitando que este trabalho fosse uma realidade e que, por isso, entenderão este meu reconhecimento.

Por tudo o que são e por terem estado comigo. Bem hajam!

RESUMO

O aumento da expectativa de vida, com as suas vulnerabilidades, constitui um fenómeno real impondo à sociedade um grande desafio e exigindo o investimento no conhecimento científico, para que se dê uma resposta individualizada, com mais qualidade e humanidade, às necessidades de saúde específicas das pessoas idosas. Não só o cuidado às pessoas idosas emerge como uma área específica e complexa da maior relevância para a Enfermagem, como o Conforto, como necessidade humana particular e um estado relativo à vivência do idoso, se constitui alvo de atenção e de intervenção do Cuidar de Enfermagem, sendo um óptimo indicador da qualidade dos cuidados de saúde. Procuramos compreender a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina, identificando as especificidades deste processo – na sua relação com os diferentes factores em presença e condicionantes contextuais subjacentes à sua construção e desenvolvimento, identificando as necessidades de conforto, as situações de cuidados que permitem a utilização do conceito e os papéis dos vários actores na processo de construção do mesmo, com a finalidade de elaborar uma explicação/construção teórica sobre a natureza deste mesmo processo. Parte-se da questão de investigação: Como é a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado no contexto cultural de um serviço de Medicina? Quais as suas especificidades?

Para compreensão da cultura confortadora da enfermagem geriátrica utilizou-se uma abordagem qualitativa com recurso ao método etnográfico recorrendo-se à observação participante, à entrevista e análise documental na recolha de dados. Com base nos eixos de investigação do estudo, o tratamento da informação apoiou-se nas estratégias propostas por Goetz & Lecompte (1988), num modelo interactivo, cíclico e integrado, mediante as orientações propostas por Huberman & Miles (1991) e Miles & Huberman, (1994).

Os resultados colocam a descoberto a complexidade do fenómeno e possibilitam um aumento do conhecimento sobre a natureza do processo de conforto geriátrico que se inscreve numa dinâmica de *confluência de condicionantes* (contextuais e outros) e emerge da articulação dos *contextos de cuidados, dos actores e dos alicerces de cuidar/cuidado confortador*, aspectos que se interpenetraram e projectam na dinâmica estruturante do processo de cuidar geriátrico. Assente numa abordagem humanista-afectiva, o processo de conforto é mediado pela interacção enfermeiro-doente idoso e sua família onde o agir integrador e intencional do enfermeiro é determinante para dar resposta às necessidades de cuidados, especificamente de conforto do doente idoso crónico. Numa lógica de integralidade, três grandes eixos estruturantes justapostos, fundadores e explicativos – eixos de ancoragem – dão sentido à construção, desenvolvimento e prática confortadora onde concorrem, em simultâneo, *o conhecimento das vivências do idoso ancorado numa relação de humanidade e a co-construção de cuidados numa relação de sintonia inter-actores*, dando sentido à individualização da acção confortadora da enfermagem geriátrica, *num contexto de “estímulos e condicionantes”* socialmente constituído, onde um colectivo em interacção contribui para a compreensão da multidimensionalidade deste processo, embora os enfermeiros ocupem uma posição privilegiada nesta abordagem espelhando a cultura confortadora da enfermagem geriátrica.

Palavras-chave: Conforto, Doente idoso crónico, Hospitalização, Enfermagem, Etnografia.

ABSTRACT

The raise of life expectancy with its vulnerabilities constitutes a real phenomena imposing society with a great challenge and demanding investment on scientific knowledge, so that a personal response with more quality and humanity can be given to specific health needs of the elderly. Not only the care of the elderly emerges as a specific and complex area of a major importance to nursing, also comfort as a private human necessity and a relative state to the lives of the elderly, constitute a target of attention and intervention on nursing care, being a major indicator of health care. One tries to understand the nature of comfort of the hospitalized chronical ill elderly, on the cultural context of a medical service, identifying the specificities of this process – in relation with the different present factors and contextual conditionings subjacent to its construction and development, identifying the necessities of comfort, the care situations which ables the concept use and the parts of various actors in the process, with the purpose of elaborating an explanation/construction theory about the nature of this process. An investigation question arises: what is the nature of the process of comfort of the hospitalized chronical ill elderly, on the cultural context of a medicine service, like? What are its specificities?

So that one can understand the comforting culture of geriatric nursing a qualitative approach to the ethnographic method was used recouring to a participant observation, to interview and documental analysis on data gathering. Based on axis of studying of investigation, the information treatment supported itself on proposed strategies by Goetz & Lecompte (1988), on a interactive, cyclic and integrated model, before proposed orientations by Huberman & Miles (1991) and Miles & Huberman (1994).

The results discover the phenomena complexity and enables a raise of knowledge on the nature of the geriatric comfort process which inscribes on a dynamic of conditioning confluence (contextual and others) and emerges the articulations of care contexts, actors and the foundations of care/caring of comfort, which penetrate and project on the structured dynamic of the geriatric care process. Based on a human affective approach, the process of comfort is mediated by the interaction of nurse, elderly patient and its family where the integrated and intentional acting of the nurse is determinant in answering the needs of care, specifically of comfort of the chronical ill elderly. On the integrality logic, three major structural axis founders and explicative – axis of anchorage – give a sense to the construction development and comfort practice where they concur, simultaneously, the knowledge of the elderly livings anchored on a humanity and co-construction care relation on a syntoning inter-action relation, giving a meaning to the individualization of comfort of the geriatric nursing, on a context of “stimulus and conditionings” socially constituted, where a collective interaction contributes to the understanding of the multidimensional of this process. Even so nurses occupy a privileged position on this approach reflecting a comfort culture to the geriatric nursing.

Keywords: Comfort, Chronical ill patient, Hospitalization, Nursing, Ethnography

LISTA DE ABREVIATURAS

a.C – Antes de Cristo

AO – Assistente operacional

Art. – Artigo

Cit.in – Citado em

DC – Diário de campo

DL – Decreto lei

E – Entrevista enfermeiro

EE – Entrevista Etnográfica enfermeiro/ informante chave

Enf^o – Enfermeiro

et al – Abreviatura de: “e outros”

Ex. – Exemplo

F – Família

Id – Doente idoso

M - Médico

N^o – Número

séc. – Século

Sr. – Senhor

LISTA DE SIGLAS

ABVDS – Actividades Básicas da Vida Diária

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Actividade de vida diária

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

EOE – Estatuto da Ordem dos enfermeiros

EVA – Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IRC – Insuficiência Renal Crónica

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

Noc – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNSPI – Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas

PWB – Psychological Well-Being

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SWB – Subjective Well-being

UNS – United Nations Secretariat

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – PIRÂMIDE ETÁRIA, PORTUGAL, 2004 E 2009	35
FIGURA 2 – POPULAÇÃO RESIDENTE POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS (EM MILHARES), PORTUGAL, 2008-2060	36
FIGURA 3 – EXPECTATIVAS, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE	56
FIGURA 4 – PERCENTAGEM DE PESSOAS, NOS PAÍSES DESENVOLVIDOS, QUE APRESENTAM MAIS QUE UMA DOENÇA CRÓNICA	59
FIGURA 5 – FLUTUAÇÃO DAS AMPLITUDES QUE SE SOBREPÕEM ENTRE “SER CUIDADO...CUIDAR-SE...CUIDAR” CONSOANTE AS FASES DA VIDA	75
FIGURA 6 – PLANTA DO SERVIÇO DE MEDICINA 2C	144

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – TEORIAS DO ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO	43
QUADRO 2 – TEORIAS DO ENVELHECIMENTO PSICOSSOCIAL	44
QUADRO 3 – MODELOS DE PRÁTICA HOSPITALAR.....	79
QUADRO 4 – ACTIVIDADE EM INTERNAMENTO DE DOENTES RELATIVO AO ANO 2010	150

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 – EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE “CONFORTO”	109
DIAGRAMA 2 – ESTADO DA ARTE DO “CONFORTO”	117
DIAGRAMA 3 – CICLO DO ESTUDO ETNOGRÁFICO NO SERVIÇO DE MEDICINA	141
DIAGRAMA 4 – PROGRESSÃO DA OBSERVAÇÃO REALIZADA.....	162
DIAGRAMA 5 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	167
DIAGRAMA 6 – TEMAS QUE ENFORMAM A DINÂMICA DA CULTURA CONFORTADORA GERIÁTRICA.	185
DIAGRAMA 7 – DOMÍNIOS DO CONTEXTO DE CUIDADOS GERIÁTRICOS.....	187
DIAGRAMA 8 – AMBIENTE INTEGRADOR: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	188
DIAGRAMA 9 – CONCEPÇÕES DE CUIDADOS GERIÁTRICOS: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	195
DIAGRAMA 10 – FACTORES CONTEXTUAIS LIMITADORES DO CONFORTO: CATEGORIA E SUBCATEGORIAS.....	207
DIAGRAMA 11 – CONTEXTO DOS ACTORES: DOMÍNIOS E CATEGORIAS.....	221
DIAGRAMA 12 – CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO IDOSO: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS .	222

DIAGRAMA 13 – NECESSIDADES DO IDOSO CRÓNICO QUE ENFORMAM OS CUIDADOS	
CONFORTADORES: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	230
DIAGRAMA 14 – ENFERMEIRO ACTOR PRIVILEGIADO COMO PROMOTOR DE CONFORTO:	
CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	250
DIAGRAMA 15 – OUTROS ACTORES PROMOTORES DE CONFORTO.....	256
DIAGRAMA 16 – MANEIRAS DE SER/ESTAR DOS ACTORES PROMOTORAS DE “CONFORTO/NÃO	
CONFORTO” PSICOAFECTIVO	262
DIAGRAMA 17 – ALICERCES DE CUIDAR/CUIDADO CONFORTADOR: DOMÍNIOS E CATEGORIAS....	276
DIAGRAMA 18 – MODOS E FORMAS DE CONFORTAR: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	278
DIAGRAMA 19 – CONCEPÇÕES DE “CONFORTO”/“NÃO CONFORTO” DOS ACTORES EM CONTEXTO	
.....	307
DIAGRAMA 20 – ESTRUTURA DO PROCESSO DE CUIDAR DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA.....	315
DIAGRAMA 21 – CONHECIMENTO/AVALIAÇÃO DAS VIVÊNCIAS DO DOENTE IDOSO: CAMINHO	
FUNDADO NUMA RELAÇÃO DE HUMANITUDE	325
DIAGRAMA 22 – CONSTRUÇÃO DO CUIDAR CONFORTADOR: RELAÇÃO DE SINTONIA CO-CRIADA.	335
DIAGRAMA 23 – CULTURA CONFORTADORA DA ENFERMAGEM GERIÁTRICA:	
“ESPECIFICIDADES/DETERMINANTES FUNDADORAS” DO CONTEXTO CULTURAL DE CUIDADOS	
.....	342
DIAGRAMA 24 – MODELO DINÂMICO EXPLICATIVO DA NATUREZA DO PROCESSO DE CONFORTO DO	
DOENTE IDOSO CRÓNICO EM CONTEXTO HOSPITALAR	344

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	23
------------------	----

PARTE I

O ENVELHECIMENTO, A EXPERIÊNCIA DE DOENÇA CRÓNICA E O FENÓMENO DO CONFORTO NA RELAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM GERIÁTRICOS...	31
--	----

1. ENQUADRAMENTO E EXPRESSIVIDADE DO ENVELHECIMENTO HUMANO NO CONTEXTO ACTUAL	33
1.1. O ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL E O SER IDOSO	39
1.2. O CONTEXTO DE SAÚDE E DE DOENÇA DA PESSOA IDOSA.....	54
2. O CUIDAR EM ENFERMAGEM NA RELAÇÃO COM O CONTEXTO DOS CUIDADOS GERIÁTRICOS	64
2.1. O SERVIÇO DE MEDICINA COMO CONTEXTO DE CUIDADOS AOS DOENTES IDOSOS E SEUS ACTORES	77
2.2. A HOSPITALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA	85
2.3. O CUIDAR/CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA.....	93
3. AO ENCONTRO DO SENTIDO DO “CONFORTO” NA LITERATURA DE ENFERMAGEM: UM PASSADO COM HISTÓRIA.....	103
3.1. O “CONFORTO”: ESTADO DA ARTE.....	113
3.2. O “BEM-ESTAR E O ESTAR BEM”: O CONFORTO E A SUA EXPRESSIVIDADE ..	118

PARTE II

CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA	125
--	-----

1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	127
2. MODO DE INVESTIGAÇÃO: ESTUDO ETNOGRÁFICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA	132
3. O CICLO NATURAL DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO E AS FASES DO ESTUDO	138
3.1. O CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO: UM SERVIÇO DE MEDICINA	141
3.2. O PROCESSO DE RECOLHA DA INFORMAÇÃO	157
3.2.1. A observação participante.....	158

3.2.1.1. O papel do investigador na observação participante.....	159
3.2.2. A entrevista.....	168
3.2.3. A análise de documentos	172
3.3. O PROCESSO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO	173
3.4. OS PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	179

PARTE III

ESTRUTURA, NATUREZA E CULTURA CONFORTADORA NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM GERIÁTRICA.....	183
---	------------

1. NATUREZA DO PROCESSO DE CONFORTO DO DOENTE IDOSO CRÓNICO EM CONTEXTO HOSPITALAR: A REALIDADE E DISCUSSÃO DOS DADOS	185
--	------------

1.1. CONTEXTO DE CUIDADOS GERIÁTRICOS	186
1.1.1. O ambiente integrador do contexto de cuidados	187
1.1.2. Concepções de enfermagem geriátrica	193
1.1.3. Factores contextuais limitadores do conforto do idoso.....	207
1.2. CONTEXTO DOS ACTORES EM PRESENÇA.....	220
1.2.1. Características definidoras do idoso que interferem na vivência confortadora	221
1.2.2. Necessidades do idoso que enformam os cuidados confortadores	229
1.2.3. Enfermeiro actor privilegiado de conforto.....	246
1.2.4. Outros actores promotores de conforto	256
1.2.5. Maneiras de ser/estar dos actores promotoras de “Conforto/Não Conforto” psicoafectivo	262
1.3. ALICERCES DE CUIDAR/CUIDADO CONFORTADOR	276
1.3.1. Situações representativas de cuidados conforto: modos e formas de confortar	277
1.3.2. Concepções de “Conforto”/“Não Conforto” dos actores.....	306

2. AS CONCLUSÕES: NATUREZA E CULTURA CONFORTADORA DA ENFERMAGEM GERIÁTRICA – EIXOS DE ANCORAGEM DA NATUREZA DO PROCESSO DE CONFORTO DO DOENTE IDOSO CRÓNICO EM CONTEXTO HOSPITALAR.....	313
--	------------

2.1. CONHECIMENTO/AVALIAÇÃO DAS VIVÊNCIAS DO IDOSO: CAMINHO FUNDADO NUMA RELAÇÃO DE HUMANIDADE – 1º EIXO DE ANCORAGEM	317
2.2. CONSTRUÇÃO DO CUIDAR CONFORTADOR: RELAÇÃO DE SINTONIA CO-CRIADA – 2º EIXO DE ANCORAGEM.....	325

2.3. CULTURA CONFORTADORA DA ENFERMAGEM GERIÁTRICA:	
“ESPECIFICIDADES/DETERMINANTES FUNDADORES” DO CONTEXTO CULTURAL DE CUIDADOS – 3º EIXO DE ANCORAGEM.....	336
3. PRINCIPAIS CONTRIBUTOS DO ESTUDO E PROPOSTAS PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS	350
NOTA FINAL	357
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	359

ANEXOS*

ANEXO I – Autorização do estudo pelo Conselho de Administração do Hospital	
ANEXO II – Caracterização dos participantes enfermeiros	
ANEXO III – Guião de observação participante	
ANEXO IV – Caracterização dos participantes doentes idosos crónicos	
ANEXO V – Guião das entrevistas aos enfermeiros	
ANEXO VI – Guião das entrevistas aos doentes idosos crónicos	
ANEXO VII – Codificação/categorização dos dados e temas emergentes: estruturação do domínio Concepções de “Conforto”/“Não Conforto” e respectivas categorias/subcategorias	
ANEXO VIII – Grelha final de codificação aberta/categorização global dos dados	
ANEXO IX – Modelo do consentimento informado para os participantes	

*Suporte digital

INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo da população é, em Portugal como no resto do mundo, a realidade mais relevante do século XXI. Estamos perante uma tendência demográfica – com consequências sociais e económicas e, repercursões na saúde e bem-estar das pessoas – que representa um conjunto de desafios que não se restringem à compreensão do fenómeno, já que encerram, eles próprios, interrogações sobre dimensões fundamentais da sociedade. Assim, uma população crescentemente envelhecida coloca novos desafios ao sistema de saúde, concretamente ao modelo de organização e gestão dos cuidados de saúde, exigindo por isso, a este nível, uma especial atenção, dado que, o prolongamento da vida acarreta mudanças multidimensionais e traz consigo uma maior susceptibilidade e vulnerabilidade para um aumento das situações de doença crónica potencialmente incapacitantes (OE, 2002; Costa, 2006; Novais, et.al, 2009; DGS, 2004, 2006b, 2011; Oliveira, 2011; Paúl & Ribeiro, 2011).

Esta constatação, que supõe a imersão num mundo cada vez mais significativo, leva-nos a perceber que, pela maior fragilidade, as hospitalizações e as necessidades de cuidados em saúde a este tipo de população – com os desconfortos acentuados da situação de dependência (Henderson, 1978; Azeredo, 2011) – tendencialmente aumentam. Assim, o doente idoso crónico¹ surge como o utilizador frequente e regular, com maior dependência dos serviços de saúde, o que abre um desafio relacionado com problematização das questões da prática (com enfoque específico da enfermagem geriátrica), pela necessidade de obter conhecimento útil para a compreensão das necessidades de cuidados e, para a construção de respostas que possibilitem saber cuidar melhor e, intervir de forma mais adequada, junto das pessoas idosas e da sua saúde.

Decorrente desta realidade emergem questões específicas, nomeadamente, em relação às formas de assistência e à adequação dos cuidados prestados aos idosos, em situações de cronicidade agudizada, tornando-se estas, umas das principais preocupações dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, levando-nos a pensar na importância de cuidados de enfermagem que respondam às reais necessidades do doente idoso em contexto hospitalar, das equipas e dos próprios contextos de saúde. A complexidade crescente quanto às necessidades que as pessoas apresentam, nos contextos de saúde, apresenta-se igualmente como um desafio, valorizando aquilo que é o desenvolvimento do cuidado à pessoa centrado num modelo de bem-estar, como consta da definição de saúde da OMS.

¹ Neste estudo utilizaremos o termo doente idoso crónico ou doente idoso, uma vez que o estudo se desenvolve com pessoas idosas em situação de doença crónica e hospitalização.

Diferentes trabalhos reconhecem a importância da existência de modelos de cuidados centrados na pessoa e, desenvolvidos na área gerontogeriatrica (Kolcaba, 2003; McCormack, 2003; Dewing, 2004; Nolan et.al., 2004; Costa, 2006; Gomes, 2009; Oliveira, 2011), especificamente, numa ligação aos cuidados que visam confortar, havendo uma necessidade particular de atenção, sobre o fenómeno do conforto e o seu processo de desenvolvimento, junto das pessoas idosas que são atingidas por doenças crónicas (Collière, 2003).

A literatura refere que, desde sempre, os enfermeiros no exercício da sua missão, pela natureza dos cuidados de enfermagem, pelas competências que detêm na abordagem da pessoa/ sua família, bem como, pelo seu trabalho de proximidade (Vieira, 2007; Nunes, 2011), assumem um papel preponderante e privilegiado no cuidar a pessoa em necessidade de cuidados, no qual o sofrimento e o desconforto são sempre possíveis apelos e, o conforto uma necessidade humana sendo, também por isso, uma intervenção desejada (Bottorff & Hutchinson, 1995; Morse, 1992, 2000; Malinowski & Stamler, 2002; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2011). A literatura reconhece, também, a importância da exigência dos cuidados de enfermagem à pessoa, num cuidado assumido por um agir equitativo, responsável, centrado em “(...)promover, defender e preservar a dignidade da pessoa e desse fundo ético decorre a afirmação da autonomia para escolher os seus projectos de vida, no contexto situado”(Nunes, 2011: 52).

Historicamente, o conforto é identificado como um dos elementos do cuidado de enfermagem, universalmente desejável, relevante em várias teorias de enfermagem e integrante de várias taxionomias profissionais. Kolcaba (2003), na Teoria do Conforto, considerou o conforto de importância básica para a enfermagem sendo contextualizado ora como um objectivo da enfermagem, ora como um estado relativo ao doente, destacando a importância de o compreender na multidimensionalidade do processo de cuidar. Promover conforto ao doente idoso surge como um dever para os profissionais de saúde e como intenção principal da intervenção do enfermeiro, sendo que, o confortar é perspectivado como um processo de cuidados que visa contribuir para o conforto holístico e para a qualidade de vida do doente (Morse, 1983; McIlveen & Morse 1995; Kolcaba & Steiner, 2000; Malinowskly & Stamler, 2002; Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2011). Mas, ao falarmos de conforto em enfermagem, pensamos também ser importante lembrar Melleis (1994), quando refere a importância do papel do enfermeiro ao promover o conforto do doente, acrescentando que numa situação de transição, de saúde/doença, o enfermeiro interage com a pessoa a qual é parte integrante do seu contexto sociocultural, estando esta

interacção direccionada para um objectivo próprio, utilizando os enfermeiros intervenções que promovam o aumento da saúde, do conforto e do bem-estar (Melleis, 2007).

É alicerçado neste sentido da prática que se enquadra o conforto, como parte integrante dos cuidados de saúde, constituindo-se como um óptimo indicador da qualidade dos mesmos, (Malinowsky & Stamler, 2002; Kolcaba 2003; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2011). Mas, para que tal aconteça, é fundamental a compreensão da situação global do doente idoso, nas diferentes dimensões da pessoa, atendendo-a na sua totalidade. Descobrir a forma particular como cada doente idoso vive a sua situação de doença e de hospitalização, conhecer a suas vivências, concretamente na experiência vivida de cada um, leva-nos a perceber que cada doente idoso – seja por quem é, pelo que tem, pelo que precisa ou pela situação que vive – é o foco de atenção dos profissionais de enfermagem e necessita de cuidados de saúde (OE, 2002; Kolcaba, 2003; Nunes, 2011). As percepções que decorrem do processo de saúde/doença revestem-se de significados variados tendo em conta o sentido próprio atribuído (que advém de factores pessoais e culturais, de condições sociais e económicas, de preparação e conhecimento (Melleis, 2007, 2010).

Dado que a enfermagem conta com um saber que lhe é próprio, é neste contexto que se revê a importância de um cuidado de enfermagem consciente das diferenças do doente idoso, numa atenção particular, assente no respeito pela individualidade e pela subjectividade do doente enquanto pessoa, (Hesbeen, 2004, 2006; Kolcaba, 2003), assumindo que o cuidado profissional se orienta para os “projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2002: 8). Parece desta forma importante compreender os fenómenos que digam respeito à enfermagem e aos doentes idosos crónicos, de modo concreto, quanto a necessidades experienciadas, compreensão das suas prioridades, respeito dos seus desejos, decisões e opiniões (Robinson, 2000; Costa, 2006; Novais, et al., 2009; Oliveira, 2011), com o objectivo de melhorar os cuidados prestados, determinando o valor de cada intervenção, associada a uma prática responsável às necessidades de cada doente idoso. Esta construção, em torno das necessidades dos doentes, pressupõe processos específicos, individualidade, flexibilidade e responsabilidade dos actores intervenientes no processo de atendimento, dentro do contexto em que está inserido. De forma a responder a esta singularidade e a conduzir a uma melhor decisão, o processo de cuidar, na sua complexidade e especificidade, exige ao enfermeiro o desenvolvimento de capacidades e de competências e a aplicação deste saber em actuação concreta e visível, tendo como objectivo assegurar a prestação do melhor cuidado, que seja pela pessoa, considerado como confortador. Neste enquadramento, achámos importante dispôr de uma base de indicadores e especificações mais objectivas, dado que, não só os conceitos podem

ser interpretados de formas muito diversas indicando um sentido da acção, como também não estabelecem qualquer disposição que sirvam de orientação aos profissionais de enfermagem.

Não será difícil consensualizar que, apesar dos enfermeiros terem como missão assumida cuidar de doentes idosos em situação de hospitalização, ajudando-os no alívio do desconforto e do sofrimento e, promovendo a concretização do respectivo projecto de vida, a interrogação das lógicas presentes na produção das práticas profissionais permite questionar se serão necessárias novas competências num investimento mais profundo em conhecimentos específicos, numa sensibilização e consciencialização para a importância das necessidades de saúde destes doentes, com especial enfoque *nas necessidades de conforto*, numa atitude de interrogação permanente sobre as práticas que se revele essencial na orientação para o cuidar confortador. Por outro lado, subjaz uma perspectiva de ligação entre a formação inicial e o universo profissional, permitindo abordar, reflexivamente, os processos de formação.

É, deste teor e da reflexão pessoal sobre toda esta temática que decidimos realizar investigação nesta área do conhecimento, procurando coerência com os nossos valores, percurso profissional, interesses pessoais (gosto e motivação), interesse e utilidade profissional (orientação para a prática), aspectos centrados, especificamente, na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa e melhoria da qualidade e humanização dos cuidados de enfermagem. O nosso interesse por esta temática veio, também, crescendo, à medida que as leituras, a reflexão e o contacto com a problemática dos doentes idosos crónicos nos têm levado a constatar, como são, por vezes, insuficientes as respostas às suas necessidades nos processos que desenvolvem para prosseguir o seu projecto de vida em direcção a uma maior qualidade da mesma, do seu bem-estar e conforto.

A enfermagem deve caminhar lado a lado com a humanização, procurando a melhoria contínua da qualidade do seu exercício profissional, permitindo abordagens mais holísticas na prestação de cuidados dirigida pelos princípios éticos da beneficência e da autonomia. Urge ser importante mobilizar todas as capacidades de vida e olhar para o Outro – *doente idoso crónico* – valorizando-o como pessoa que é, na sua experiência de doença crónica, como condição de vida adversa e acontecimento singular (que é), (WHO, 2012), particularizando os cuidados que lhe são dispensados em situação de hospitalização, possibilitando dar respostas adequadas e intencionais, sustentadas numa base científica, comprometidas com a conquista do seu maior bem, que é o seu estado de saúde, no amplo sentido do fenómeno do conforto.

Estas impressões levam-nos a considerar que o percurso de investigação iniciado e, agora sintetizado, neste documento, se enquadra no domínio central da disciplina e profissão de enfermagem aumentando a compreensão de um constructo vinculado à origem da mesma e, utilizado diariamente nos diferentes contextos da sua prática, cujos elementos conceptuais, empírica e teoricamente, o indicam como complexo, multidimensional e dinâmico (Siefert, 2002; Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2011).

Partimos assim para este estudo com algumas referências conceptuais. Apesar da Pessoa ser central para diferentes áreas do saber, no contexto da enfermagem é percebida como um ser humano em interacção com os outros, com valores, numa perspectiva dinâmica em que o “Eu” da Pessoa, em cada momento, dá nova forma ao momento seguinte, mediante as escolhas que realiza (Paterson & Zderard, 1976). Nas diferentes definições encontradas, o respeito pela individualidade e pela singularidade do doente enquanto pessoa emerge como uma noção comum e consensual (Paterson & Zderard, 1976; Kolcaba, 2003; Watson, 2002). A saúde é percebida como “(...) uma qualidade de vida e de morte” em que as pessoas “(...) têm um potencial para estar bem, mas também para estar melhor” (Paterson & Zderard, 1978, citado por Praeger, 2000: 243), podendo ser considerada como um “(...) funcionamento óptimo, conforme definido pelo doente” (Kolcaba, 2003: 486).

Partimos ainda do pressuposto que a prática de enfermagem é “(...) uma resposta humana de ajuda e conforto...numa apreciação intencional das necessidades de conforto... e concepção de medidas para abordar essas necessidades” (Kolcaba, 2003: 14), numa acção humana sustentada pelos princípios éticos do respeito da autonomia, da beneficência e da não maleficência, no reconhecimento do Outro e da sua dignidade (Vieira, 2007; Nunes, 2011). A enfermagem, como resposta confortadora, é intencionalmente dirigida ao bem-estar “(...) em resposta a uma necessidade percebida relacionada com a qualidade saúde/doença da condição humana” (Paterson & Zderard, 1976: 24), ocorrendo mediante um encontro, uma relação intersubjectiva, na qual o processo acontece num determinado tempo e espaço (Paterson & Zderard, 1976). Ainda nesta estrutura confortadora, o cuidado que conforta emerge como um processo que é construído e que resulta no aumento do conforto (Kolcaba, 2003). Parece fazer sentido olhar o conforto como a experiência de alívio ou consolo ou, ainda, como sensação de paz, serenidade/ tranquilidade ou aconchego, face à vivência de um incómodo ou perturbação considerada como desconfortadora.

Através da revisão de literatura tivemos, ainda, oportunidade de perceber a importância atribuída, pelos idosos hospitalizados, aos cuidados que promovem conforto, concretamente nos estudos de Kolcaba & Steiner, (2000); Costa (2006); Tutton & Seers,

(2004); Gomes, (2009), Costa, (2011) e de Oliveira (2011), constatando, no entanto, que a investigação empírica sobre esta problemática com estes doentes, está pouco desenvolvida, pelo que desejamos assim a sua clarificação num domínio de intervenção pouco claro, considerando que o agir profissional do enfermeiro “(...) fundamenta-se na disciplina de Enfermagem e no seu desenvolvimento científico” (Deodato, 2008: 21).

Por estas razões, pareceu-nos justificável o estudo do fenómeno do conforto, na medida em que, contribuirá não só, para o conhecimento disciplinar, como também, para promover a reflexão sobre a formação, a prática e a gestão dos cuidados numa lógica de melhoria da qualidade dos mesmos (Morse, 1983; Kolcaba, 1994, 2003; Cameron, 1993; McIlveen & Morse, 1995; Bottorf et al, 1995; Malinowski & Stamler, 2002; Tutton & Seers, 2004; Mussi, 2005; Wilby, 2005; Yousefi, et al., 2009; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2008, 2011).

Procurámos obter um conjunto de resultados que nos permita traçar linhas orientadoras para o desenvolvimento de competências, em contextos de trabalho, bem como para a formação, especialmente em enfermagem, contribuindo para uma perspectiva individualizada e humanizada na forma como se considera e aborda a pessoa a quem prestamos cuidados, na procura do principal resultado deste processo, o qual consiste em que o doente idoso crónico se sinta confortado. Nesta conformidade, estudar e procurar um maior conhecimento sobre o conforto relacionado com o doente idoso hospitalizado, significa que nos interessamos, epistemológica e cientificamente, por questões e respostas que se centram num fenómeno relevante e central para a enfermagem, especificamente ligado a um doente que, por si só, tem uma condição de vulnerabilidade acrescida (cronicidade), procurando olhá-lo num determinado contexto cultural (hospitalização), como um ser sócio-cultural com características ímpares, dado que a relação confortadora é dependente do contexto e o cuidado humano emerge como uma forma de relacionamento que permite que as pessoas se reconheçam e se percebam (Morse, Havens & Wilson, 1997; Nunes, 2011; Oliveira, 2011).

A falta de uma clara compreensão dos aspectos inerentes ao fenómeno do conforto justifica a sua exploração numa visão multicontextual do mesmo. Tendo por base as razões explicitadas, emerge a questão de investigação que deu o ponto de partida para o nosso estudo:

- Como é a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado no contexto cultural de um serviço de medicina? Quais as suas especificidades?

No sentido de dar resposta a esta questão, propusemo-nos desenvolver um estudo que permitisse compreender qual a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina, definindo como objectivos:

- Compreender a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Identificar as necessidades de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Identificar as situações de cuidados que permitem a utilização do conceito de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Identificar os papéis dos vários actores no processo de construção do conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Identificar as especificidades do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Elaborar uma explicação/construção teórica sobre a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.

Procurámos compreender a natureza do processo de conforto do doente idoso, partindo de uma realidade concreta – num serviço de medicina – contexto onde se movem os diferentes actores, num posicionamento indutivo optando pela metodologia qualitativa para a compreensão do fenómeno em profundidade e da situação na sua globalidade, privilegiando um contacto directo com os actores, com o contexto e com as situações (Spradley, 1980). Dado que nos interessava captar o sentido das experiências comuns vividas num grupo dotado de uma cultura, a abordagem etnográfica afigurou-se como o modo de investigação mais adequado, na medida em que nos permite compreender, de um modo naturalista, a forma como as pessoas, como membros de uma subcultura, constroem e compreendem as suas vidas quotidianas e o sentido e os significados que dão à sua prática, tendo por lógica o ciclo sugerido por Spradley, (1980).

Na construção deste documento, que se constitui como suporte de tese daí resultante a apresentar à Universidade Católica Portuguesa no âmbito do segundo Curso de Doutoramento em Enfermagem, usou-se uma divisão em partes. Na Parte I deste relatório procuramos justificar a realização deste estudo e fazer o seu enquadramento conceptual. Na Parte II delimitamos a problemática, apresentamos as opções e o percurso metodológico procurando justificá-los, do ponto de vista teórico. Na Parte III apresentamos os resultados

do estudo empírico, obtidos através dos diferentes instrumentos e técnicas de colheita de dados utilizados ao longo do estudo e, fazemos a discussão dos mesmos à luz da literatura. Nas conclusões, fazemos uma inter-relação entre os eixos de ancoragem emergentes, integradores da cultura confortadora geriátrica, no sentido de explicitar o marco teórico explicativo da natureza do processo de conforto do doente idoso em contexto hospitalar. Em seguida, apresentamos os principais contributos e sugestões do estudo, para terminarmos com uma nota final, centrada na reflexão do percurso percorrido.

Neste documento optámos por designar os enfermeiros e os doentes idosos crónicos participantes, bem como os restantes actores, pelo masculino, independentemente do género. Ao longo do texto utilizamos expressões em *itálico*, a **negrito** e ainda o sublinhado, para destacar ideias centrais ou asserções que se relacionam com o processo de investigação ou conceitos constituintes da teoria explicativa. Também colocamos em “*itálico e entre aspas*” todos os excertos/declarações significativas que testemunham a voz dos actores bem como, a observação por nós realizada.

Redigimos este trabalho ainda sem a utilização do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

PARTE I

O ENVELHECIMENTO, A EXPERIÊNCIA DE DOENÇA CRÓNICA E O FENÓMENO DO CONFORTO NA RELAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM GERIÁTRICOS

A primeira parte deste trabalho procura justificar a realização deste estudo e fazer o seu enquadramento conceptual, a fim de salientar os aspectos que constituíram o ponto de sustentação a partir do qual se estruturou o estudo. Consideram-se estes, contributos para a construção e compreensão da problemática de investigação.

Assim consideramos três pontos estruturantes. **No primeiro ponto** fazemos uma abordagem ao processo de envelhecimento humano, evocando algumas dinâmicas que as pessoas idosas vivenciam com a passagem do tempo. Iniciamos com a expressividade do envelhecimento demográfico na actualidade e contextualizaremos o ser idoso numa ligação ao processo de saúde e de doença, concretamente em situação de cronicidade e na fragilização inevitável que lhe é inerente.

Em seguida, **no segundo ponto**, enquadramos a reflexão e a análise destes aspectos numa ligação aos modos e formas de entender e praticar o cuidar de enfermagem, procurando requerer a compreensão do sentido e do significado dos cuidados e entender a expressão das acções dos enfermeiros. Centramo-nos no cuidar enquanto *valor* desejável e missão essencial da Enfermagem. Numa ligação ao serviço de medicina, como contexto de cuidados geriátricos e seus actores, debruçamo-nos nas questões que se interrelacionam com a pessoa idosa hospitalizada, para em seguida procurarmos um melhor entendimento do sentido da prática dos cuidados geriátricos no contexto do processo de cuidados de enfermagem aos doentes idosos, em ambiente de internamento hospitalar.

No terceiro ponto, começamos por situar o conceito de conforto na trajectória histórica da Enfermagem, com vista a uma melhor compreensão do modo como o conforto é expressão relevante na perspectiva de diferentes teóricos e em várias teorias de Enfermagem, de modo a contextualizar o tema em estudo. Em seguida, apresentamos o estado da arte, ao momento em que ocorreram as opções de investigação e explicitaremos as interrelacções e as formas de expressividade ligadas ao termo *conforto*, nomeadamente o *bem-estar* e o *estar bem*, procurando uma melhor compreensão do sentido e significação destes conceitos.

1. ENQUADRAMENTO E EXPRESSIVIDADE DO ENVELHECIMENTO HUMANO NO CONTEXTO ACTUAL

“Os sexagenários do ano 2050 já nasceram e serão muitos.”

Jacques Dupâquier, (1997)

Neste ponto abordamos os aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento, as teorias e componentes, os padrões, os mitos e estereótipos relacionados com o envelhecimento, numa ligação ao conceito de idoso, para depois, no contexto da experiência humana de saúde e de doença, apresentarmos algumas dinâmicas que nos ajudam a compreender a experiência da pessoa idosa com doença crónica.

O envelhecimento da população constitui um fenómeno dos nossos dias, de interesse comum, que condiciona decisivamente a vida em sociedade. Na era moderna, o envelhecimento demográfico, resultado da transição demográfica, é, sem dúvida, um processo que não diz respeito unicamente a Portugal, mas sim a todo o mundo, constituindo a alteração na estrutura populacional mais importante com repercursões no contexto político, socio-económico e também na saúde, sendo considerado o período de 1975 a 2075 como a “Era do Envelhecimento”. Enquanto fenómeno social e, actualmente fenómeno “único e global”, representa um desafio que os países a nível mundial têm que enfrentar, tal como foi reconhecido no “Plano Internacional de Acção de Viena sobre o Envelhecimento”, realizado em Dezembro de 1982, por 157 Estados Membros das Nações Unidas (OMS, 1985, 2001).

O desafio do envelhecimento está presente, conforme espelha a 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento realizada em 2002 em Madrid, e desenvolvida pela Organização das Nações Unidas (ONU), “...até 2050, o número de idosos em todo o mundo avultará o número de jovens, pela primeira vez na história da humanidade, em 1950, as pessoas idosas representavam 8% da população; em 2000, representavam 10% e, segundo as projecções, em 2050 deverão corresponder a 21%” (OMS, 2002). Por essa razão e, na medida em que o envelhecimento da população assume um ponto característico do século XXI, esta Assembleia teve como objectivo elaborar uma revisão sobre o “Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento” estabelecendo determinadas recomendações prioritárias: (I) assegurar e manter o desenvolvimento em todas as idades; (II) criar ambientes potenciadores para todos os grupos etários; (III) assegurar o bem-estar das pessoas idosas (Osório e Pinto, 2007). Também, neste sentido, a ONU declarou o ano de

1999 como o Ano Internacional da Pessoa Idosa, pretendendo com esta iniciativa dar visibilidade às questões que se prendem com o envelhecimento progressivo da população mundial.

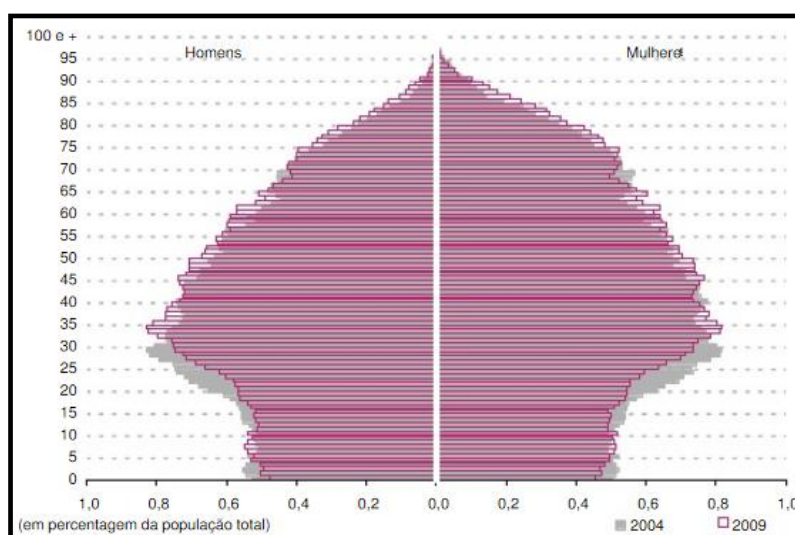
Todos os dados divulgados pelas organizações internacionais e pelo INE (2011), demonstram a incidência desta dinâmica demográfica ao longo das últimas décadas a qual se manifesta de forma diferenciada tanto no tempo como na rapidez de sua expansão geográfica. A nível mundial, o comportamento demográfico define-se por uma diminuição histórica das taxas de natalidade e de mortalidade e por um aumento da longevidade, traduzindo-se no envelhecimento da população (UNS, 2009). Tendo como referência a população mundial e, de acordo com as projecções realizadas, sabe-se que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos e que mais de 20 % dos europeus terão mais de 65 anos, prevendo-se um aumento especialmente rápido do número dos muito idosos (com 80 ou mais anos) (OMS, 2009). A dinâmica do envelhecimento encontra diferenças entre o processo actual e o vivido há algumas décadas por alguns países europeus e, até mesmo, pelos Estados Unidos da América. No relatório “Previsões sobre a população mundial” constata-se uma diversidade na dinâmica demográfica até 2050. Embora a população global continue a crescer, a tendência nos países mais desenvolvidos é de um marcante envelhecimento populacional, sendo esperado no mundo em desenvolvimento, como é o caso dos países da Ásia e da América Latina, um envelhecimento que caminha velozmente rumo a um perfil cada vez mais envelhecido, podendo situar-se nos 80% em 2050 (OMS, 2002). A proporção de pessoas com mais de 65 anos em toda a União Europeia duplicará entre 2006 e 2050 e, a população activa diminuirá, entre 2005 e 2050, cerca de 50 milhões (a mais jovem diminuirá mais que a população activa mais velha). Neste intervalo, a população idosa (65 anos e mais), aumentará substancialmente (Azeredo, 2011). Como resultado destas tendências demográficas, na “União Europeia em 2060: 12% da população terá mais de 80 anos (em 2010 representam 5%); 30% da população europeia terá mais de 65 anos (em 2010 representam 17%) e 50% da população europeia terá mais de 50 anos” (European Commission, 2009: 20-21).

Portugal enfrenta também esta realidade e integra o grupo dos países mais envelhecidos. A partir de 1960 o envelhecimento demográfico acentuou-se com o movimento migratório e a quebra da natalidade (Pimentel, 2001). Nos Censos de 2001, pela primeira vez, a percentagem da população idosa (16,4%), suplantou a dos jovens a qual se situava nos 16%. Em 2011, a proporção de jovens (indivíduos dos 0 aos 14 anos de idade) decresceu para 15,6%, enquanto a proporção da população idosa (indivíduos com 65 ou mais anos de idade) aumentou para 19% (INE, 2011). O índice de envelhecimento

aumentou de cerca de 109 idosos por cada 100 jovens em 2004 (INE, 2006) para cerca de 118 idosos por cada 100 jovens em 2009 (INE, 2009) e, para cerca de 129 idosos para 100 jovens em 2011 – dados preliminares do último censo português (INE, 2011). A relação entre a população idosa e a população jovem registou assim um aumento significativo.

Com base nos indicadores calculados pelas estimativas aferidas para os Censos 2011, verificamos que a esperança de vida à nascença diminui entre géneros. Constatase uma tendência para o fenómeno do envelhecimento ser superior entre as mulheres, mantendo-se em 2009 com valores superiores ao dos homens, sendo de 141 e de 96 por cada 100 jovens, respectivamente (INE, 2009). Prevê-se que o envelhecimento seja cada vez mais acentuado podendo ultrapassar os 200 idosos por cada 100 jovens, já em 2033 (INE, 2011) Os estudos revelam igualmente um aumento da esperança de vida para valores próximos de 79 anos para os homens e de 85 anos para as mulheres (INE, 2007, 2011). Este fenómeno do envelhecimento demográfico continua bem marcado na estrutura etária portuguesa e caracteriza-se sobretudo por um modelo de natalidade/fecundidade baixo que se acompanha de uma diminuição da mortalidade infantil, originando um estreitamento da base da pirâmide etária com a diminuição de efectivos populacionais jovens, como também por um aumento da proporção de idosos, devido ao aumento da esperança média de vida e ao aumento da população idosa, o que leva ao alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais (INE, 2009), tal como se verifica na figura 1:

Figura 1 – Pirâmide etária, Portugal, 2004 e 2009

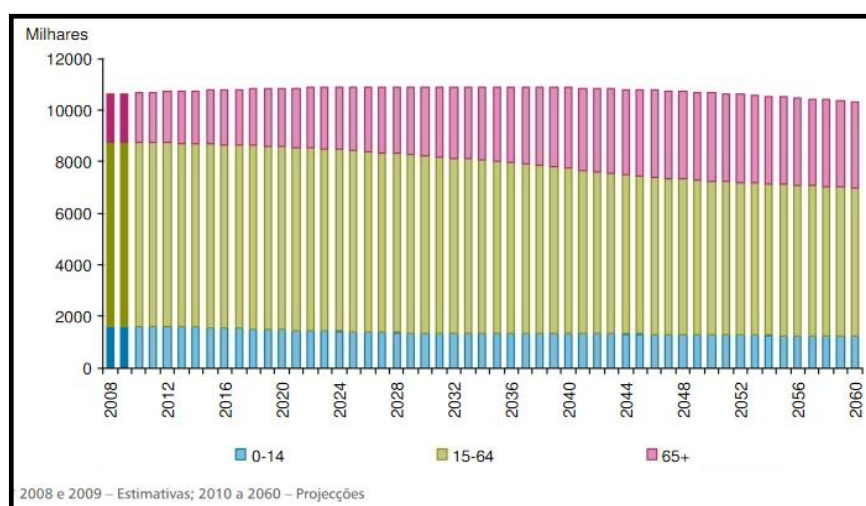


Fonte: INE (2009)

Estes dois processos distintos ocorrem em simultâneo em Portugal e, segundo projecções acerca da evolução demográfica, a população deverá continuar a aumentar até

2034, atingindo 10 898 700 indivíduos. A partir desse ano os efectivos populacionais diminuirão, projectando-se para 2060 uma população total de 10 364 200 indivíduos. A população portuguesa estará assim ainda mais envelhecida. A percentagem de população jovem (menos de 15 anos) e a população adulta em idade activa (dos 15 aos 64 anos), diminuirá e a percentagem de população idosa quase duplicará – de 17,9% em 2009 para 32% em 2050 e 32,3% em 2060 – prevendo-se que em Portugal, em 2060, residam quase três idosos por cada jovem (Fonseca, 2006; INE, 2009). O crescimento da população idosa, resultado sobretudo do aumento da esperança média de vida, evidencia também o expectável envelhecimento da população em idade activa (INE, 2009). Os aspectos acima referidos podem ser observados na figura 2:

Figura 2 – População residente por grandes grupos etários (em milhares), Portugal, 2008-2060



Fonte: INE (2009)

Constata-se ainda que o envelhecimento demográfico não se distribui de forma homogénea por todo o país e que existem diferenças acentuadas em determinadas regiões. Assim, verifica-se uma maior densidade populacional nos grandes centros: Norte e Lisboa e Vale do Tejo onde residem quase 70% da população (INE, 2006) traduzindo-se numa percentagem representativa de pessoas idosas. No que diz respeito à cidade de Lisboa, os indicadores são expressivos: na região de Lisboa e Vale do Tejo e, na Área Metropolitana de Lisboa a proporção de idosos é de 16% no total da população. No concelho de Lisboa é de 24% esta relação (INE, 2001).

Outro indicador importante quando analisamos o impacto do envelhecimento na sociedade é o índice de dependência que corresponde à relação existente entre a população jovem (0-14 anos), idosa (65 e mais anos) ou ambas, com a população em idade activa (15-64 anos) (Azeredo, 2011). Este indicador adicional da medida de envelhecimento

de uma população permite observar qual o peso relativo que uma população em idade não activa tem na população em idade activa. O índice de dependência de idosos tem aumentado, sobretudo graças à diminuição da população jovem (Azeredo, 2011). Estes dados são reveladores dos novos desafios que se colocam à sociedade contemporânea, sobretudo na área social e da saúde.

Os idosos são assim, em relação à população mais activa, em maior número, levantando questões importantes sobretudo ao nível da sustentabilidade futura dos sistemas de protecção e de segurança social, dimensionamento das infraestruturas de apoio, acessibilidade aos cuidados de saúde e situação de saúde, com relevância para a promoção de respostas a necessidades instituídas e/ou emergentes, entre outras. A população idosa com baixa protecção social é considerada um dos perfis sociais que mais impulsiona as situações de pobreza e de exclusão social.

Com o cenário da evolução demográfica, em que a população idosa mundial quadruplicará até 2050, a questão do envelhecimento é objecto de preocupação das diferentes instâncias que gerem a saúde. A Organização Mundial de Saúde reconhece a importância de centrar o envelhecimento no contexto mais geral das políticas de desenvolvimento e no âmbito das estratégias para a erradicação da pobreza (WHO, 2002a; 2002b), já que, a população idosa apresenta a taxa de risco de pobreza mais elevada. Sugere mudanças de atitudes, de políticas e de práticas em todos os sectores, procurando que todas as pessoas idosas possam envelhecer em segurança e com dignidade, sem estarem sujeitas à pobreza, que realizem plenamente os seus direitos, que participem plenamente na vida económica, política e social, reconhecendo ainda a importância vital da família, dos cuidados de saúde e da protecção social das pessoas idosas (WHO, 2002a; 2002b).

Em Portugal, por despacho ministerial de 8/6/2004, emerge o “Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004-2010)” que defende um envelhecimento com saúde, autonomia e independência durante o maior tempo possível, numa abordagem centrada no envelhecimento activo em todo o ciclo vital, no aumento da adequação dos cuidados de saúde às necessidades das pessoas idosas e na implementação de ambientes capacitantes da autonomia e da independência, tendo em conta as especificidades do género (PNSPI, 2004). A este propósito, um estudo divulgado pelo Alto Comissariado da Saúde sobre o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, “(...) revelava aumentos significativos da esperança de vida, em todos os grupos etários, num quadro de ganhos em saúde muito significativo, (...)” adiantando que os idosos são o segmento de população que mais cresce, marcando uma procura acentuada de cuidados de saúde com expectativas e preferências e níveis de

exigência mais elevados (Reis, 2008: 74). Tal, obriga à definição de objectivos estruturais e de estratégias para que se possam ter em atenção as diferentes necessidades e interesses da pessoa idosa. A ideia principal assenta na concepção do envelhecimento activo, noção introduzida pela Organização Mundial de Saúde e definida como “o processo pela qual se optimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objectivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice” (WHO, 2002a). Individualmente, o envelhecimento activo pode ser entendido como o conjunto de atitudes e acções que podemos ter no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades associadas ao envelhecimento. O programa de envelhecimento activo surge como um aspecto central, devendo ser promovido quer a nível individual, quer a nível colectivo.

Hoje, é consensual que o envelhecimento demográfico é uma das principais características que diferencia, de forma determinante, o mundo em que actualmente vivemos, constituindo um fenómeno global com diferentes efeitos em cada pessoa, quer seja, homem ou mulher, com implicações e repercursões em todas as áreas da vida do quotidiano, nomeadamente ao nível do crescimento económico, do mercado de trabalho, da reorganização dos serviços, das pensões, dos cuidados de saúde e da vertente familiar, entre outros.

Portugal apresenta uma expressão relevante e de evidência relativa ao envelhecimento, pela possibilidade de um maior número de pessoas alcançar a velhice, exigindo concretamente um novo olhar ao nível dos cuidados de saúde. O facto de, tendencialmente, cada um viver mais anos, traduz-se hoje, na existência de uma população com um correspondente acréscimo de situações de doença crónica e de incapacidades, as quais criam novas necessidades em saúde. As estatísticas mostram que metade da população portuguesa sofre de uma doença crónica, evidenciando implicações no desenvolvimento social e económico global e, colocando novas exigências ao nível do sistema de saúde, nomeadamente, “ (...) às competências exigidas aos enfermeiros em todo o contínuo de cuidados na doença crónica” (OE, 2010: 35). Reconhecendo que os idosos são um grupo heterógeneo e específico dotado cada vez mais de uma maior relevância e estatística social, admite-se que o processo de envelhecimento suceda de forma desigual, com repercursões na percepção do envelhecimento como fenómeno individual, passando pelo impacto na sociedade e no sistema de saúde. Toda esta problemática deverá conduzir a um re-equacionamento mais abrangente dos pressupostos e dos objectivos das políticas sociais. Urge a necessidade de caracterizar o fenómeno, de

repensar o papel e o “valor” da pessoa idosa, os seus direitos e as responsabilidades do Estado e da sociedade para com este grupo específico da população.

Efectivamente, o envelhecimento da população significa que temos mais idosos, porque se vive mais tempo. No contexto de uma população cada vez mais envelhecida percebemos que, de facto, o envelhecimento demográfico constitui um desafio multifacetado, que todos congrega, concretamente, para a população em geral e para as organizações em particular, nomeadamente as governamentais, as sociais e as que envolvem a saúde (Costa, 2006).

Encontramo-nos perante um aumento da esperança de vida, que nem sempre tem correspondido a um aumento da qualidade da mesma, sendo este um desafio que se nos coloca. Considerando que este fenómeno obriga a reflectir sobre as consequências do aumento da esperança de vida no que respeita a possíveis estados prolongados de doença, de dependência e de fragilidade, levanta igualmente a necessidade de (re)centragem do focus das políticas públicas e das respectivas medidas, no apoio às pessoas idosas em fase de vida caracterizada por grandes dependências. As condições de saúde, embora não sendo determinantes únicas, têm uma forte influência em prol de uma qualidade de vida cada vez melhor. A sensibilidade perante este fenómeno é determinante na resposta a este desafio.

Os dados apresentados e a heterogeneidade do envelhecimento alertam-nos para a necessidade de conhecermos melhor a especificidade da pessoa idosa, com a finalidade de delinearmos estratégias que nos permitam dar respostas conducentes ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida, o que faz emergir a necessidade imprescindível de programas prospectivos e de medidas pensadas, no âmbito da organização dos cuidados dirigidos às pessoas idosas, que se revelem capazes de responder aos novos desafios.

1.1. O ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL E O *SER IDOSO*

“Entrar no país da velhice é uma experiência nova, diferente do que esperaríamos que fosse.

Ninguém, homem ou mulher, conhece o país até ter lá vivido (...).”

Malcom Cowley (1898-1989)

Compreendendo uma vasta área conceptual, revelando uma difícil gestão e um extenso palco de intervenientes, o fenómeno do envelhecimento, ao reunir em si muitos aspectos do ser humano, faz com que múltiplas disciplinas o tentem descrever e interpretar

de maneira a dar-lhe um sentido em direcção a uma intervenção integrada e global da pessoa idosa.

Sendo aceite que o envelhecimento se inicia antes da concepção e se evidencia após a maturidade reprodutiva da pessoa, é comum ser considerado como um processo contínuo, multifactorial, extremamente complexo – que tem como consequência natural a velhice – com contornos e dimensões que afectam o homem e a sociedade humana. Sabemos que, de um modo geral, é difícil encontrar consenso quanto à semântica e uso de diferentes palavras que se associam ao envelhecimento. O termo velho/velha definido como uma pessoa com muita idade, bem como todas as suas derivações – idoso, velhice, envelhecer – apresenta, muitas vezes, na sua utilização corrente, várias imprecisões, representando uma realidade difícil de delimitar.

O conceito de envelhecimento sofreu múltiplas variantes ao longo dos tempos, de acordo com a cultura, as crenças, os conhecimentos e os aspectos sociais de cada período/época assumindo uma perspectiva pluridisciplinar. Durante muito tempo, o envelhecimento foi olhado como uma doença, resultante do desgaste do organismo e da acumulação de sequelas de infância e da idade adulta (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), mas, na verdade, o envelhecimento é um processo natural, inerente à vida. Trata-se de um processo íntimo ao organismo e degenerativo, na medida em que conduz progressivamente à perda de capacidades e competências (Silva, 2006; Azeredo, 2011). Envelhecer é um fenómeno normal, multidimensional que se instala progressivamente e acompanha a pessoa ao longo da vida, sendo originado pela deteriorização progressiva do funcionamento do corpo, que ocorre após a maturidade e que, à medida que a idade avança, coloca as pessoas mais sensíveis aos factores susceptíveis de as levar à incapacidade e à morte (Cox, 1996; Henrard, 1997; Hayflick, 2007; Gilca, et al., 2007). Esta visão do ciclo de vida respeita e valoriza a natureza universal e dinâmica do envelhecimento. Todas as pessoas envelhecem condicionadas por circunstâncias e vivências de etapas anteriores, sendo que se trata de uma experiência extremamente diversificada, o que contribui para a diversidade do grupo dos idosos. Cícero (103-43 a.C), filósofo romano, na sua obra *De Senectute* (44 a.C) salientava que a velhice era um fenómeno que variava de pessoa para pessoa constituindo uma oportunidade de crescimento pessoal (Fontaine, 2000).

A abordagem ao envelhecimento humano implica, necessariamente, uma referência a essa etapa vital e particular da vida humana designada por *velhice* - última etapa do processo de crescimento do ser humano, em relação à qual foram variadas as perspectivas sociais e culturais desde a Antiguidade. Inscrita numa conjuntura histórica, a velhice é

definida como um estado ou condição de velho, sinónimo de idoso, aparecendo associada à idade avançada e a fenómenos seus decorrentes (Silva, 2006). A velhice e a procura da caracterização do fenómeno do envelhecimento despertaram o interesse de vários investigadores e começaram a ganhar um estatuto científico a partir da década de 80, quando se começou a perceber que uma visão pluridisciplinar do fenómeno era essencial. É numa abordagem transversal, onde se cruzam ciências tão variadas, que se centra o estudo dos idosos e do envelhecimento individual, numa procura dos seus fundamentos, em concreto (Bengston, Rice & Johnson, 1999; Fernández-Ballesteros, 2000; Costa, 2002; Arca, in Osório & Pinto, 2007, Azeredo, 2011):

- Do envelhecimento enquanto processo, onde se incluem os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da velhice e, da idade enquanto padrão do comportamento social;
- Dos problemas funcionais e da sua inter-relação com as incapacidades e as dependências dos idosos.

Evocando um desenvolvimento contínuo, o ser humano não envelhece de uma forma brusca, instalando-se a velhice de uma forma que nos passa despercebida, sendo que o sinal mais evidente é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo, verificando-se (Ramos, 1999: 69):

- Diminuição da capacidade de reserva dos sistemas orgânicos (que se acentuam nos períodos de exercício e/ou stress);
- Diminuição do controlo homeostático interno;
- Diminuição da capacidade de adaptação às diferentes solicitações (ex: hipotensão nas mudanças posturais, hipotemia/hipertermia nas mudanças de temperatura);
- Diminuição da capacidade de responder ao stress (exercícios, febre, anemia).

De forma genérica, Schroots & Birren (1980) consideram que o processo de envelhecimento engloba três componentes: (i) uma componente biológica onde se incluem as mudanças da estrutura e fisiologia do corpo e que reflecte uma vulnerabilidade crescente da qual resulta uma maior probabilidade de se morrer; (ii) uma componente social, que diz respeito à representação dos papéis e costumes na sociedade, apropriados às expectativas para este nível etário; (iii) uma componente psicológica, definida pela autoregulação do indivíduo, face ao processo de senescência e relativamente à capacidade para tomar decisões e opções. Relaciona-se com as alterações do comportamento e da autopercepção onde se incluem a memória e as motivações. Durham (1989) distingue ainda o envelhecimento espiritual, que inclui mudanças do idoso na relação com os outros, no lugar que ocupa no mundo e na visão que tem do mundo.

Por outro lado, a diferenciação entre envelhecimento normal/biológico (primário), relacionado com a longevidade máxima e o envelhecimento patológico (secundário) relacionado com as diferenças interindividuais, é importante pelas implicações clínicas, sociais e económicas que tem na velhice. A este propósito, Birren & Schroots (1996), caracterizando as mudanças associadas ao envelhecimento, definem três padrões de envelhecimento que distinguem resultantes do funcionamento normal ou típico do organismo e das mudanças atípicas ou patológicas: (i) envelhecimento primário que diz respeito às mudanças intrínsecas e irreversíveis que acontecem com a passagem dos anos. Como processo fisiológico produz-se de forma gradual, sendo chamado igualmente de senescência, resultando do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas do envelhecimento normal, este caracterizado pelas mudanças corporais da idade. Liga-nos à imagem tradicional do envelhecimento. Apesar dos efeitos serem visíveis, o seu mecanismo interno permanece, em grande parte, desconhecido, existindo no entanto, diferenças na velocidade com que os órgãos envelhecem; (ii) envelhecimento secundário, que se relaciona com as alterações causadas pela doença, também designadas de senilidade, e que podem ser reversíveis ou prevenidas, sem que a doença e o envelhecimento sejam considerados, necessariamente, processos coincidentes; (iii) envelhecimento terciário, relativo às mudanças que ocorrem de forma precipitada. Reflete um envelhecimento rápido e precede imediatamente a morte (Paúl & Fonseca, 2005; Fonseca, 2006; Azeredo, 2011).

Sáiz Ruiz (2001) salienta que a razão para o envelhecimento se produzir está na incapacidade das células do corpo humano se poderem substituir a si mesmas e, por conseguinte, morrerem ou perderem gradualmente uma parte da sua função. É um processo provocado por factores intrínsecos das células, mas também por factores extrínsecos relacionados com o ambiente ou com a organização hormonal. A diminuição da capacidade de adaptação às influências do meio ambiente é consequência da diminuição do trabalho metabólico e da carência de reserva funcional das células nervosas. A inactividade, associada ao envelhecimento, leva à diminuição da actividade muscular que se traduz numa coordenação sensório-motora menos eficiente levando, nomeadamente, à lentificação de alguns processos e a dificuldades acrescidas de adaptação a novas situações, já que, à medida que se envelhece, maior é o tempo que se leva a reagir às situações de stress interno e externo e mais tempo se demora a repôr o equilíbrio (Sequeira, 2010). A probabilidade de adoecer e de morrer existe e aumenta com a idade cronológica em resposta a uma maior ou menor vulnerabilidade da pessoa.

Resultado da investigação, as teorias têm como objectivo explicar as mudanças ocorridas neste período, procurando explicar as causas do envelhecimento celular e as perturbações de saúde; no entanto, nenhuma delas oferece uma explicação total e universalmente aceite sobre o processo de envelhecimento. Existe concordância nos autores consultados de que o processo de envelhecimento é intrínseco ao organismo, é progressivo e é cumulativo, sendo vários os autores que tentam organizar as diferentes Teorias Explicativas do Envelhecimento em diferentes épocas, conduzindo a uma variância estrutural das mesmas. Berger & Mailloux-Poirier (1995: 99-105) distinguem-nas em teorias do envelhecimento biológico (quadro 1) e teorias do envelhecimento psicossocial (quadro 2), com o objectivo de explicar as influências dos factores sociais e culturais sobre o envelhecimento:

Quadro 1 – Teorias do Envelhecimento Biológico

TEORIA	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS
Teoria Imunitária	O sistema imunitário deixa de reconhecer as células do próprio organismo em relação a substâncias estranhas presentes (anticorpos), destruindo-as.
Teoria Genética	O envelhecimento é programado biologicamente e faz parte de um contínuo que acompanha a embriogénese, a puberdade e a maturação, funcionando o genoma como um relógio molecular biológico.
Teoria do Erro na Síntese Proteica	Existência de erros na molécula de ADN que falseiam a informação genética.
Teoria do Desgaste	Componentes do organismo humano deterioram-se com o uso.
Teorias dos Radicais Livres	Os radicais livres provocam o envelhecimento, pela peroxidação dos lípidos não saturados e consequente transformação em substâncias que envelhecem as células.
Teoria Neuro-endócrina	A regulação do envelhecimento celular e fisiológico relaciona-se com as alterações/insuficiência das funções neuro-endócrinas.

Fonte: Berger & Mailloux-Poirier (1995)

Quadro 2 – Teorias do Envelhecimento Psicossocial

TEORIA	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS
Teoria da Desinserção	Liga o envelhecimento à desinserção que acontece entre a sociedade e o idoso, na medida em que as pessoas, no percurso normal do envelhecimento, tendem a recolher-se ou a desinvestirem dos papéis sociais, como resposta natural à diminuição das capacidades e interesses e à diminuição dos incentivos sociais para a participação. Esta teoria explica o aumento do activismo sénior, nos anos 1960 e 1970 e, pode estar na base das políticas sociais que levaram ao aparecimento de centros de dia e de lares. A velhice bem-sucedida implica a descoberta de novos papéis na vida.
Teoria da Actividade	Liga o idoso a uma maior satisfação na vida, na medida em que, quanto mais activo se mantiver, maior será a sua auto-estima permitindo uma maior manutenção da saúde.
Teoria da Continuidade	O idoso mantém os seus hábitos de vida, as suas experiências, preferências e compromissos, fazendo estes parte da sua própria personalidade.

Fonte: Berger & Mailloux-Poirier (1995)

Com o intensificar das pesquisas, para além das teorias já referidas, outras procuraram dar resposta a questões relacionadas com os aspectos culturais, sociais e psicológicos inerentes à velhice e ao envelhecimento (Oliveira, 2010), tentando explicar a razão, porque envelhecemos e como envelhecemos, de forma a compreender melhor todo este processo. Embora nenhuma delas, por si, explique cabalmente as questões ligadas ao envelhecimento e, perspectivando a problemática em estudo, parece desejável referir também o surgimento, no período recente (iniciando os anos 80), (Novo, 2003; Fonseca, 2006; Oliveira, 2010): (i) da *teoria gerodinâmica ou teoria da bifurcação*, inspirada na teoria geral dos sistemas, que procura explicar o envelhecimento tendo por base uma série de mudanças intrínsecas à pessoa levando-as a uma maior desordem e ao enfraquecimento das suas capacidades e recursos e acabando por conduzir à morte. Esta, integra a teoria do caos que se liga a um aumento de entropia associado à idade e da qual resulta a ordem (optimização da autoregulação e da independência) e a desordem (enfraquecimento de algumas capacidades e recursos) e a teoria termodinâmica proposta por Yates (1993), onde acontece uma quebra de energia de base genética condicionada pelo ambiente em que o envelhecimento resulta no declínio funcional de um órgão ou tecido de funções que causam instabilidade dinâmica; (ii) da *teoria da gerotranscendência* (Tornstam, 1996) que defende que, na velhice, a visão materialista da vida vai cedendo lugar a uma visão mais holística e

transcendente trazendo consigo uma maior satisfação com a vida, englobando dimensões subjectivas e emocionais e não apenas objectivas e racionais; e (iii) da *teoria ecológica*, proposta por Birren (1995), que justifica o envelhecimento como resultado da interacção entre um determinado património genético e o ambiente a que a pessoa se encontra exposta (Oliveira, 2010).

Face às diferentes teorias, assume-se também a natureza subjectiva e, portanto, a unicidade na percepção implícita ao processo de envelhecimento, percebendo-se que não só se deve procurar explicações numa abrangência mais holística e sistémica, como também, são necessários modelos que integrem diferentes variáveis e que se centrem numa explicação holística (bio-psico-social) do envelhecer (Oliveira, 2010). Reconhecem-se dificuldades de ordem conceptual, o que faz com que alguns aspectos estejam pouco claros, procurando explicar-se a forma como o processo de envelhecimento ocorre ao longo do tempo, nas diferentes dimensões da pessoa (biológica, psicológica e social), os problemas funcionais dos idosos que conduzem a uma maior ou menor capacidade para levarem uma vida independente e ainda a idade enquanto padrão de comportamento social (Bengtson, Rice & Johnson, 1999; Oliveira, 2010).

A idade é um dos mecanismos básicos que a sociedade utiliza para atribuir diferentes papéis, direitos e responsabilidades às pessoas (Arca, in Osório e Pinto 2007; Azeredo, 2011). Quando pensamos em idade, em idade cronológica, pensamos geralmente em tempo, em meses e anos de vida, tratando-se de um índice de informação acerca da pessoa e do seu desenvolvimento e de um método simples de organização dos acontecimentos, com o qual se está familiarizado, ressaltando porém, que a idade por si só, não explica muito (Fonseca, 2006). Qualquer limite cronológico é sempre arbitrário e não traduz as implicações ao nível biológico, psicológico e sociocultural, associadas ao processo de envelhecimento.

A verdade é que a velhice não tem um início cronológico. São vários os autores, em diferentes épocas, que sugerem definições distintas para o conceito de idoso, passando estas por uma designação, na maioria das vezes, baseada numa condição de ordem meramente cronológica, ligada ao natural desenrolar do ciclo de vida. De acordo com Spirduso, (2005), os idosos dos 75 aos 84 anos devem ser classificados como “idosos”, dos 85-99 de “idosos-idosos” e a partir de 100 anos, como “idosos muito idosos”. A Organização das Nações Unidas divide as pessoas idosas em três categorias: Os pré-idosos (entre 55 e 64 anos) os idosos jovens (entre 65 e 79 anos, ou entre 60 e 69 anos para quem vive na Ásia e regiões do Pacífico) e os idosos de idade avançada (com mais de 80 anos). Os idosos de idade mais avançada também são chamados *grandes idosos* e os menos idosos,

com cerca de 67-70 anos, de *velhos novos*. Esta nomenclatura associada às diferentes idades pode variar consoante os autores. Não sendo consensual qual a idade para se considerar uma pessoa idosa, a Organização das Nações Unidas, elegeu que o idoso é todo o indivíduo com 60 e mais anos de idade, independentemente do sexo (WHO, 2002a, 2009). No entanto, a idade da reforma e do início da velhice estabelecida na maior parte das sociedades europeias é de 65 anos e mais, considerando o INE (2002:1), “pessoas idosas os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos que em Portugal está associada à idade da reforma”, sendo para nós esta a unidade de sentido utilizada neste estudo para a **Pessoa Idosa**.

Embora se reconheça um conjunto de traços típicos do envelhecimento humano, que se manifestam com a passagem dos anos e se caracterizam pelo seu carácter irreversível, como cabelos brancos, pele enrugada, diminuição do vigor, entre outras alterações (morfológicas, orgânicas e funcionais), cada pessoa envelhece de forma particular, diferente de outra, tendo em conta aspectos biológicos, psicológicos, geográficos, históricos, sociais, culturais e económicos (Berger, & Mailloux-Poirier, 1995; Costa, 2006; Imaginário, 2004; Oliveira, 2010, Azeredo, 2011). A diversidade de factores que condiciona o envelhecimento e a grande amplitude etária em que se integram a faixa dos mais velhos, faz com que este grupo seja muito heterogéneo. A idade cronológica dá-nos a indicação sobre o período histórico em que a pessoa viveu, determina muitas vezes a idade da reforma, mas não esclarece nem contextualiza, de forma precisa, a evolução do processo em si, havendo por isso necessidade de atender a outros índices para se poder compreender o comportamento e a forma como as pessoas vão envelhecendo (Fonseca, 2006; Oliveira, 2010).

Nesta linha de ideias, os estudos realizados têm suscitado algum desenvolvimento relativamente ao processo de envelhecimento, sendo este caracterizado em diferentes “categorias de idade” (Arca, in Osório & Pinto, 2007; Oliveira, 2010): (i) a idade física e biológica relativa às mudanças físicas e à perda ou deteriorização de faculdades relaciona-se com o funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, com importância para a consideração dos problemas de saúde que afectam as pessoas, na medida em que a capacidade de auto-regulação do funcionamento dos sistemas diminui com a idade; (ii) a idade psicoafectiva refere-se às capacidades e competências comportamentais utilizadas no processo de adaptação a acontecimentos importantes e às mudanças do ambiente. Inclui sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras dimensões organizativas do controlo pessoal e autoestima; (iii) a idade sócio cultural que diz respeito aos papéis sociais adoptados em sociedade e à cultura a que pertencem, com base em comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal e, que determinam o

modelo de comportamento que se espera dos idosos. Relativamente à conceptualização da velhice, Fernández-Ballesteros (2000), introduz também, a noção de idade funcional que se constitui como um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reacção, satisfação com a vida, amplitude de redes sociais), que se relacionam com a saúde, a independência física, a função social e psicológica e permitem compreender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório.

Todos os acontecimentos da vida influenciam e organizam o processo de envelhecimento. Apesar da idade da reforma (65 anos), ser um marco seguro para o início da velhice, sabemos que, hoje em dia, as pessoas reformam-se cada vez mais cedo, por motivos vários, onde se incluem o desemprego, as reformas antecipadas, as doenças e as incapacidades, factores que implicam um decréscimo dos rendimentos económicos, a perda de contactos sociais e uma maior quantidade de tempo livre (Figueiredo, 2007). O isolamento social é um factor a considerar nas questões relacionadas com a adaptação do idoso a mudanças, pelo que se torna fundamental encontrar formas de lidar com esta situação. Há assim, uma identidade própria onde os idosos se encontram identificados.

De uma etapa de vida, demarcada pela idade, para outra adquirem-se ou perdem-se direitos, envolvendo diversas mudanças em simultâneo, muitas vezes, dificilmente conciliáveis entre si, podendo ser olhada sob duas vertentes: uma positiva e outra negativa, o que determina a criação de novos papéis e funções aos seus actores. Por um lado, trata-se de um etapa com benefícios, mais positiva, não só propícia ao estabelecimento de relações mais próximas com a família e outros significativos, bem como à realização de actividades que promovam bem-estar, onde imperam factores como a liberdade, maior estabilidade económica, mais disponibilidade e tempo para o lazer, procurando alcançar novas metas que sejam gratificantes. Por outro, é uma etapa que se liga a uma abordagem negativa, fundamentada nas situações de pobreza, de isolamento social, de solidão, de doença e de dependência, restringindo o indivíduo, nesta fase do ciclo vital, a uma existência desprovida de interesses, de integração social e oportunidades, assinalada por momentos de sofrimento e perdas, nomeadamente, a perda de estatuto como membro activo, perda de papéis no sistema familiar, na organização social, havendo necessidade de um ajustamento ao novo universo de sociabilidade (Mauritti, 2004; Fonseca, 2005; Azeredo, 2011).

Concordamos com Costa (2006: 35), ao realçar como aspectos significativos e preocupantes para os idosos as “Situações como a solidão, o sentido da perda dos contactos familiares e sociais, a carência de recursos económicos ou de suporte social e a

perda de autonomia (condicionante da sua incapacidade e dependência) (...) ” as quais perduram no sistema global de cuidados, pelo que, nos parece ser importante ter uma atenção centrada na redução ou prevenção dessas mesmas perdas bem como, nas características da pessoa que envelhece.

Em consequência das percepções sociais da velhice, constata-se que, na época em que o envelhecimento não era tão acentuado, a velhice estava associada à sabedoria, à experiência e a um importante reconhecimento social. No entanto, com as transformações verificadas na sociedade, ao assumirem a velhice como um declínio progressivo e absoluto, sinónimo de incapacidade e de rejeição e, ao enaltecem a beleza, a vitalidade e a juventude, a imagem das pessoas idosas alterou-se tendo o idoso progressivamente vindo a ocupar um lugar de menor relevância nas sociedades industrializadas, tornando-se um encargo pesado para os serviços sociais e recursos da saúde.

É evidente a grande importância das crenças populares e das representações sociais a propósito da velhice, bem como da maneira como as pessoas a vivem e a experimentam. As imagens da velhice prevalecem, ainda hoje, na nossa sociedade ligadas muitas vezes à existência de “mitos” e “estereótipos” negativos, com prevalência de atitudes mais negativas, ou seja, idadismo, em relação sobretudo às pessoas mais idosas, pela forma como confundem envelhecimento com doença e com dependência, sendo causadores de dificuldades e perturbações ao idoso constituindo igualmente um obstáculo para um entendimento realista do processo de envelhecimento e da pessoa idosa, com efeitos no modo e na forma como se interage com a mesma.

Estudos efectuados por Ebersole & Hess (1998) possibilitaram a identificação de sete mitos relativamente ao envelhecimento (Berger, & Mailloux-Poirier, 1995: 67):

1. *A maioria dos idosos é senil ou doente.* O facto da prevalência de doenças ser crescente com a idade, não deve ser critério de que ser idoso é ser doente. A maior parte dos idosos está na posse das suas faculdades, pois o envelhecimento normal não afecta as faculdades mentais de forma previsível. A senilidade, termo pejorativo, não se relaciona especificamente com o envelhecimento e descreve os sintomas de uma doença degenerativa do sistema nervoso. Apenas 4 ou 5% dos idosos com 65 e mais anos estão institucionalizados devido a doenças cerebrais ou orgânicas. Esta proporção aumenta ligeiramente a partir dos 75 anos e, sobretudo, depois dos 85.
2. *Todos os idosos são semelhantes.* Sabemos que ao longo da vida sofremos diversas influências externas que são organizadoras da forma como se envelhece. O idoso traz consigo toda a sua história de vida, influenciada por processos ligados à dimensão

genética e hereditária, à dimensão psicosociocultural e, a factores externos nos quais se incluem: o estilo de vida, o ambiente, as actividades, a educação e as condições de saúde.

3. *Os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos.* Os idosos procuram a estabilidade pela necessidade de se sentirem seguros, o que não significa que sejam incapazes de mudar procurando adaptar-se, tal como outras pessoas, quando surgem situações novas.
4. *Os idosos não são produtivos.* No que se refere ao trabalho, estudos demonstram que os trabalhadores idosos têm uma taxa de absentismo menos elevada, têm menos acidentes e um rendimento mais constante. Apesar da reforma estar instituída aos 65 anos, o idoso pode ser considerado um agente de desenvolvimento social pela oportunidade de fazer uso dos recursos adquiridos ao longo da vida, tornando-os numa mais-valia para as famílias e para a comunidade em que está inserido.
5. *A maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão.* Estudos provam que um grande número de idosos mantém elos de amizade, permanece em contacto estreito com a família e participa regularmente em actividades sociais. Apesar da existência de circunstâncias que possam dificultar o convívio com os familiares (Berger, & Mailloux-Poirier, 1995: 67), continuam a persistir laços de solidariedade e entajuda familiar (Fernandes, 2010). Um estudo realizado por Cordeiro (2001) com o objectivo de avaliar o bem-estar psicológico de idosos institucionalizados em regime de lar, concluiu que um dos principais factores de não satisfação é, claramente, a falta de actividade física e mental. O bem-estar psicológico poderá estar relacionado com atitudes, traços de personalidade, estados de humor e a história de vida da pessoa. O controlo real ou percebido não determina por si só a satisfação de vida dos idosos, ainda que seja um factor a ela associado.
6. *A maior parte dos idosos está doente e tem necessidade de ajuda para as suas necessidades quotidianas.* A dependência não deve ser, obrigatoriamente, associada à terceira idade, pois faz parte das diversas etapas da vida de cada pessoa. Apesar do processo de envelhecimento originar alterações a nível biológico e das estruturas, essas alterações acontecem a ritmos variados. Segundo Berger, & Mailloux-Poirier, (1995) cerca de 80% dos idosos é suficientemente saudável e autónomo nas suas actividades de vida.
7. *A maior parte dos idosos é infeliz.* Envelhecer não tem que ser algo negativo, já que muitos idosos conseguem manter as suas capacidades e a sua autonomia com

contributos muito válidos para a sociedade. A velhice é, para alguns, a plenitude da vida, conrrespondendo a um caminho de escolhas e resultados desejados.

A este propósito, a WHO (1999), enuncia também seis mitos:

1. *A maioria das pessoas idosas vive em países desenvolvidos.* Estima-se que mais de 60% das pessoas idosas se encontra nos países em vias de desenvolvimento. Projectando-se para 2050 uma população global mundial de 9 150 milhões de habitantes (Eurostat, 2010), a grande contribuição virá do continente Africano, sendo que existirão cerca de um bilião de pessoas idosas em 2020 e destas setenta milhões viverão em países em desenvolvimento (Eurostat, 2010; Azeredo, 2011). Como resultado da diminuição da taxa de fertilidade, do envelhecimento da geração do *Baby Boom* e do aumento da esperança de vida, a população da Europa irá diminuir lentamente, ficando mais envelhecida, embora de forma desigual nos diferentes países (Azeredo, 2011).
2. *As pessoas idosas são todas iguais.* Como já salientado por Ebersole & Hess (1998), as pessoas idosas não constituem um grupo homogéneo, pois cada pessoa envelhece de uma forma única (envelhecimento diferencial), atendendo a que, todos os factores e os acontecimentos de vida – os genéticos, o sexo, a etnia, a cultura, o local onde se habita, o agregado familiar, a educação, os papéis sociais, os rendimentos, a pobreza, o isolamento social, a subnutrição, o processo de saúde e de doença – orientarão e terão impacto no desenrolar do envelhecimento.
3. *Os homens e as mulheres envelhecem da mesma maneira.* Também já enunciado por Ebersole & Hess (1998), os homens e as mulheres têm processos diferentes de envelhecer, estes determinados por características biológicas e pelos papéis sociais e funções atribuídas em função do género. A questão do género traduz uma dimensão a valorizar, já que a longevidade das mulheres faz com que tenham uma maior probabilidade de vir a sofrer problemas crónicos, tais como, hipertensão, diabetes, incontinência, artrite e osteoporose, o que vai trazer implicações na sua qualidade de vida, por enquanto, nos homens, surgem com mais frequência os problemas ligados a situações cardíacas e tromboembólicas. A análise das vantagens e desvantagens resultantes da diferença de género, constitui-se como importante, no envelhecimento, pela possibilidade de melhorar a qualidade de vida de ambos.
4. *As pessoas idosas são frágeis.* Com o envelhecimento algumas funções, necessariamente, diminuem de eficácia (sobretudo as de natureza física), outras estabilizam (como por exemplo, algumas variáveis da personalidade) e outras que, na

ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (as ligadas ao uso da experiência e dos conhecimentos prévios). As alterações biológicas que acontecem com o avançar da idade fazem com que as pessoas fiquem mais cansadas, mais lentas, menos ágeis, com perdas de memória ou maior dificuldade de raciocínio, entre outros aspectos. Assim, existe uma tendência para considerar a velhice como uma fase permanentemente fragilizada; no entanto, grande parte das pessoas idosas mantém a sua capacidade funcional e um papel activo na sociedade, sendo as referenciadas perdas facilmente compensadas pela maior sabedoria que estas pessoas podem transmitir (Le Breton, 2001; Fernandes, 2007).

5. *As pessoas idosas não têm nenhum contributo a dar.* Este mito relaciona-se essencialmente com a diminuição da participação do idoso no trabalho, aspecto que tende a baixar com o avançar da idade. No plano económico e sócio-cultural, a fase da vida associada à velhice é definida sob a lógica de retracção da vida social e excludora da perda de lugares, papéis e prestígio social. Esta ideia tem contribuído para uma certa dependência, infantilização e diminuição da responsabilidade individual dos idosos favorecendo a perpetuação deste mito. No entanto, cuidar da família (cônjuges, netos, ou familiares com doença crónica) e colaborar com organizações de voluntariado são exemplos de tarefas frequentemente desempenhadas pelas pessoas idosas.
6. *As pessoas idosas são um peso económico para a sociedade.* As preocupações mundiais têm contribuído para que este mito se mantenha, pelo facto das sociedades, face ao crescimento da população idosa, considerarem que todas as pessoas são economicamente dependentes e assim poderem prever não ser capaz de garantir respostas socio-económicas e de saúde adequadas e necessárias à subsistência das pessoas idosas, tornando-se estas um peso para a sociedade. O aumento da população idosa deverá, no entanto, conduzir a uma acção pensada que permita responder, concretamente, aos problemas das pessoas e possibilite levar a cabo os seus projectos de vida.

Os estatutos dos idosos têm sofrido inúmeras modificações e influências de factores sociológicos e históricos. A forma como se envelhece e a valorização atribuída a esse processo depende, essencialmente, das sociedades humanas no seu contexto e momento histórico, na sua relação com as imagens enviesadas e, muitas vezes, equívocas desta etapa, que, como se depreende, atravessa também as suas próprias transformações tendo os idosos às vezes sido rejeitados e outras vezes valorizados. A presença simultânea destes mitos e estereótipos desvalorizam a velhice, na qual facilmente se realizam

discriminações, impedindo aos idosos de reconhecer as suas potencialidades e conduzindo-os a uma diminuição da sua auto-estima com eventuais repercussões na autonomia. Por sua vez, a coexistência de velhice e da doença crónica reforçam mutuamente as imagens negativas (dependência, inutilidade, entre outras), o que se traduz num comportamento por parte do idoso condizente e de todos aqueles que com ele lidam (Sousa, et.al, 2007).

Será difícil envelhecer bem numa sociedade onde existe o estigma de um ser já desvinculado social, cultural e economicamente e, que transporta o “rótulo” da inflexibilidade face à mudança, da improdutividade laboral, realçando-se relativamente a todos os velhos, o declínio das capacidades físicas, mentais e da aparência física, entre outras (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Tal situação poderá conduzir ao isolamento que poderá tornar o idoso mais fragilizado e menos autónomo necessitando de mais protecção da família. A família desempenha um papel fundamental neste processo, pois, é nela que a pessoa cresce, se desenvolve e morre (Figueiredo, 2007). A família é o suporte e o lugar privilegiado para se envelhecer, sendo vista como um local de segurança, de aconchego, de identidade e de lembranças em particular para os idosos. O envelhecimento no seio familiar permite o entrosamento de gerações, dando aos indivíduos mais velhos um envelhecimento mais harmonioso (Oliveira, 2010). No entanto, a família inicialmente alargada torna-se mais pequena, evidenciando-se dificuldades em tomar conta do idoso, pelo que, não só a institucionalização se torna mais frequente, como também em situação de doença crónica agudizada, o internamento é considerado (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Com diversas conotações ao longo da história da humanidade, os aspectos relacionados com o envelhecimento e com o idoso continuarão a evoluir com base no conhecimento, em função dos próprios valores, atribuídos à pessoa pela sociedade e ao idoso especificamente, no contexto cultural e no meio onde está inserido (Costa, 2006). Manter o estigma de que o envelhecimento é uma “tempestade” que se abate sobre os próprios, impede de ver o potencial que esse fenómeno comporta, fazendo até mesmo esquecer que, ser idoso faz parte de um conjunto de indicadores de desenvolvimento e de progresso. Torna-se fundamental ser conhecedor e reflectir sobre os mitos e estereótipos dominantes, a fim de se assegurarem respostas integradas e personalizadas que permitam congregar áreas tão diferenciadas como: a acção social, o direito, a segurança, a família, a protecção social, a saúde, entre outras. Referimo-nos, igualmente, à necessidade de um comportamento individual e colectivo, que pressuponha, como princípio base de actuação, o respeito incondicional pela autodeterminação das pessoas, em todos os processos de apoio à pessoa idosa (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Costa, 1998, 2005, 2006; Gomes, 2007, 2009; Fernandes, 2010). Apesar da dificuldade em definir com precisão, percebemos que as

diferentes teorias e componentes, padrões, mitos e estereótipos que têm sido propostos para explicar o envelhecimento nos levam a concluir que as alterações na velhice não se limitam à idade ou ao ciclo de vida, mas decorrem de um série de variáveis inter e intrapessoais, além de ambientais, determinantes e importantes e que se relacionam entre si, pelo que cada idoso é dotado de uma identidade única que devemos respeitar.

O idoso, como um ser único, é caracterizado por factores individuais nas dimensões física, psicológica, emocional, social e espiritual, transportando consigo um passado que deve ser considerado como uma referência, uma efectiva mais-valia. Parece ser consensual que existem diferenças entre envelhecer no feminino e no masculino, no meio urbano ou no meio rural, sozinho ou no seio da família, com filhos ou sem filhos, activo ou inactivo – isto quer dizer que há diferenças de pessoa para pessoa, entre sociedades e culturas. As várias formas de envelhecer incluem, deste modo, idosos bem-sucedidos e activos, mas também idosos cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto onde vivem (Paúl & Fonseca, 2005). Pensar sobre o próprio envelhecimento ocorrerá de forma diversa e em circunstâncias diferentes para cada pessoa e, certamente, de acordo com a idade da mesma, sendo que a previsão do próprio envelhecimento se acomoda ao desejo de uma vida independente e feliz, se possível prolongada (Correia, 2008). A pessoa idosa, no gradual processo de envelhecimento, (re)encontra novas formas de interacção pessoal e social numa (re)descoberta individual e única de possibilidades e virtudes, às quais o enfermeiro não deverá ser indiferente.

Estar atento ao processo de envelhecimento humano diz respeito à vontade de estarmos mais conscientes e melhor preparados para um processo que todos experienciamos. As manifestações de envelhecimento são percebidas de forma diferente por cada indivíduo e surgem em combinações variadas e em idades distintas, conferindo ao envelhecimento uma marca individual. Neste sentido, entender o processo de envelhecimento é compreender, de forma holística, os aspectos individuais e colectivos da vida e, por sua vez, obter consciencialização de que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. Entender a palavra dos mais velhos e responder aos desafios do envelhecimento é efectivamente uma tarefa que nos convoca a todos, constitui um desafio muito importante para todos os profissionais de saúde, cabendo aos enfermeiros, como membros de uma sociedade, a responsabilidade de serem promotores de cuidados personalizados cada vez mais adequados à satisfação das necessidades de saúde e expectativas individuais da pessoa idosa, no sentido de uma evolução das práticas e adequação de respostas.

Ao compreendermos as diversidades das pessoas idosas contribuímos para a promoção da saúde no decurso do processo de envelhecimento, dado que existe uma inter-relação entre a forma como as pessoas constroem a velhice e a noção de saúde e de doença. Assim, é necessário centrarmo-nos na pessoa idosa na sua individualidade e identidade única e, dela partir para a definição de estratégias confortadoras, tendo em conta o reconhecimento dos seus direitos, obrigações e necessidades percebidas e/ou expressas, sendo este o sentido do nosso estudo ao centrarmo-nos nos idosos hospitalizados que vivenciam uma situação de doença crónica.

1.2. O CONTEXTO DE SAÚDE E DE DOENÇA DA PESSOA IDOSA

“Se a velhice é destino de cada um, só poderá ser dita na primeira pessoa e observada no movimento de uma história individual e sempre singular”

Jerónimo, (2005)

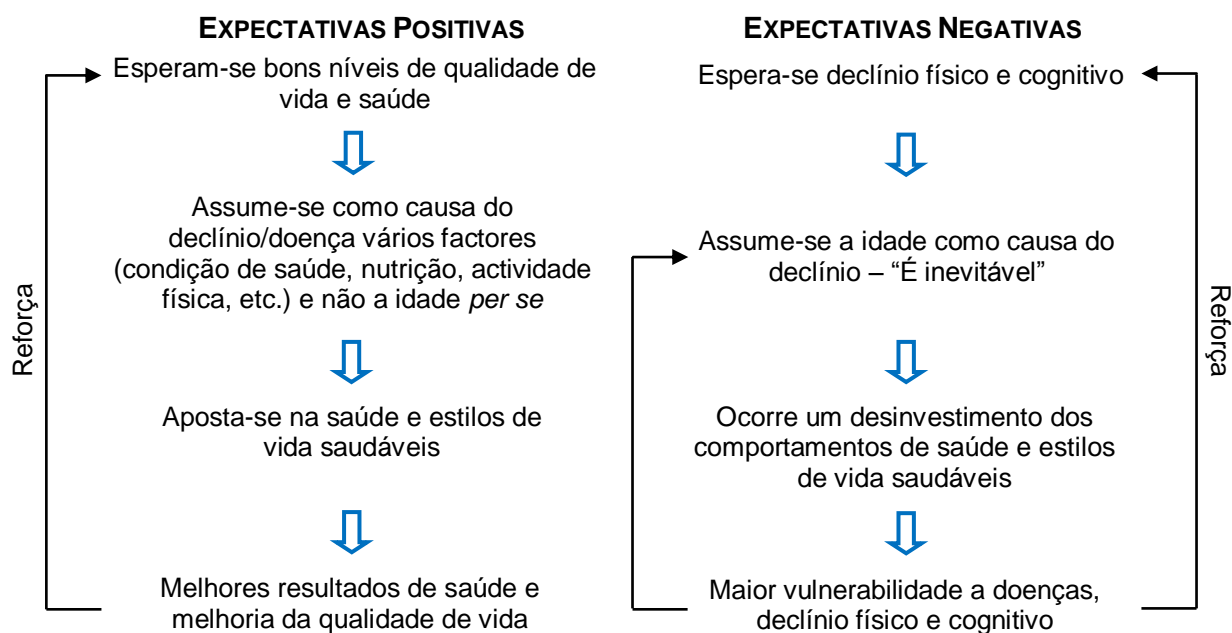
Tal como anteriormente já foi referido, o número crescente de pessoas que são consideradas idosas, bem como as consequências a nível individual e colectivo, tornam o fenómeno do envelhecimento aliciante e desafiador, na medida em que fazendo parte de uma fase de um contínuo que é a vida, ao longo desta, a saúde e a doença coexistem.

Como processo irreversível, o envelhecimento comporta alterações internas que, embora sem repercussões idênticas nos diferentes órgãos ou sistemas da pessoa, ocorrem como resultado de mudanças em órgãos vitais, tais como, a pele, o coração, os pulmões, os rins, entre outros e, de alterações ao nível do metabolismo basal, tendo influência no funcionamento psicológico e dos sistemas em geral. Constitui-se como um processo de transição diferenciado e diferenciador, pelas alterações que origina ao nível das estruturas e ao nível das funções do organismo, sendo reconhecido como uma etapa de ganhos e perdas, de crescimento e de declínio para a pessoa idosa, exigindo aprendizagens, adaptações e participações (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Imaginário, 2004; Cabete, 2005; Costa, 2006; Azeredo, 2011; Oliveira, 2011; Ribeiro & Paúl, 2011). Se bem que o envelhecimento esteja associado a este tipo de alterações, é importante perceber que estas alterações têm uma grande variabilidade inter-individual; não acontecem todas ao mesmo tempo e o declínio é variável entre as pessoas, sendo o mesmo condicionado pela experiência de vida particular e única das mesmas e regulado pelo próprio ritmo biológico.

Contudo, quanto mais tempo se vive maior é o desgaste e a deterioração celular, maior é a perda da funcionalidade do organismo humano, maior é o risco de perda de reacções adversas, aumentando assim a susceptibilidade de se ter uma doença, pelo que parece fazer sentido explorar a especificidade da relação da pessoa idosa no contexto de saúde e de doença (Gallagher, 2001; McVeigh, 2001; Costa, 2006; Straand *et al.*, 2006; Gomes, 2009; Oliveira, 2011). Para cuidarmos de pessoas idosas torna-se fundamental compreender como estas percebem a sua saúde e como lidam com a sua doença, pois as suas concepções traduzem não só a forma como percebem a sua individualidade e perspectivam a vida, como também de que forma lidam com uma situação de hospitalização.

A fronteira entre saúde e doença, a existir de forma não ambígua, está ainda por definir, tendo vindo a sofrer diversas alterações ao longo dos tempos. Falar da pessoa idosa obriga, pois, a que se atenda sempre à sua condição de saúde. Esta, considerada uma referência dos pilares do “bem-estar global”, (noção que exploraremos mais adiante), apela a comportamentos individuais, familiares e sociais (Honoré, 2004). A saúde, para além de um direito, é um valor, um bem indispensável para a felicidade individual, sendo em seu nome que se organizam uma série de práticas (Mendes, 2005; Hesbeen, 2001, 2004; 2006; Fonseca, 2007; Vieira, 2007). Numa visão global da pessoa, a Organização Mundial de Saúde atribui um sentido positivo ao estado saudável – numa integração das dimensões biológica, psicológica e social da pessoa – entendido como um estado final de equilíbrio, como um processo de adaptação da pessoa, na sua globalidade, às ameaças do ambiente. Desta forma, a pessoa ficará mais apta a confrontar-se com as novas situações, numa sucessiva adaptação às mudanças do meio onde está inserido.

A apreciação do estado de saúde do idoso é complexa, na medida em que depende do estilo de vida e da percepção individual que cada um tem do seu projecto de vida e da sua saúde. Na dinâmica das expectativas (quer positivas, quer negativas), desenvolvidas e construídas pelos idosos e relativas a esta etapa da vida, constata-se que estas vêm influenciar e contribuir para o estado de conforto, condição de bem-estar, saúde e qualidade de vida das pessoas idosas (Ribeiro & Paúl, 2011). Concretamente, as pessoas que desenvolvem expectativas positivas têm maior capacidade para lidar com os desafios que possam vir a enfrentar, enquanto aquelas que desenvolvem expectativas negativas têm tendência não só a produzir um declínio físico e cognitivo atribuindo a sua causa à velhice, como também, levam à não adesão aos tratamentos e estilos de vida saudáveis, tal como se exemplifica na figura 3 (Ribeiro & Paúl, 2011: 206):

Figura 3 – Expectativas, saúde e qualidade de vida na velhice

Fonte: Ribeiro & Paúl (2011: 206)

Há pois, que atender a dois aspectos: o objectivo, que engloba os problemas reais de saúde e o subjectivo, que diz respeito à percepção que o idoso tem acerca do seu estado de saúde, facto que se encontra intimamente ligado aos seus hábitos de vida (Cordeiro, 1999). A este respeito, a investigação conclui que a percepção de saúde da pessoa idosa é revestida de uma abordagem dinâmica podendo esta variar com o tempo, o espaço e as circunstâncias, relativamente às dimensões física, mental, sexual, social, espiritual, emocional, ambiental e social (Squire, 2005: 48).

Também Victor (1991), num estudo realizado, identificou três grandes dimensões de saúde para a pessoa idosa que contemplam: (i) a ausência de doença, (II) a percepção de força/fraqueza (iii) o estar apto para desempenhar as tarefas esperadas. O conhecimento, crenças e atitudes da pessoa idosa acerca da saúde vai condicionar o seu comportamento em relação à mesma. As pessoas têm modelos de saúde e de doença, que por um lado, regulam o seu comportamento e por outro, lhes permitem dar um sentido às alterações percebidas acerca do seu estado de saúde (Gomes, 2009). É neste quadro, que a Direcção Geral de Saúde (DGS), em 2004, no Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, orientado para a Rede de Centros de Saúde, para os Hospitais e para os Cuidados Continuados, lança o desafio de cuidados à pessoa idosa através da operacionalização de estratégias que visem contribuir para um envelhecimento saudável e para a estruturação de respostas adequadas às necessidades concretas das pessoas idosas e cujos resultados se irão manifestar no bem-estar físico e psicológico (Ribeiro & Paúl, 2011). Também o Ano

Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações 2012 alerta para a reflexão e sensibilização destas questões, nomeadamente sobre a forma como as pessoas estão a viver cada vez mais, bem como, pelas oportunidades que daí decorrem.

Esta nova forma de entender e perspetivar o envelhecimento associa-se à noção de envelhecimento bem-sucedido, que retrata os aspectos positivos da velhice e o potencial para desenvolvimento, as funcionalidades que se mantêm preservadas ao longo da vida, o bem-estar psicológico e os índices de satisfação na velhice. Apesar da existência de alguma nebulosidade acerca do conceito de envelhecimento bem-sucedido (Fernandes, 2010), este é estudado, na enfermagem, por Flood (2006), que o analisa numa perspectiva holística e apresenta linhas orientadoras para a prestação de cuidados à pessoa idosa relevando a importância da personalização dos cuidados. O modelo explicativo de Flood, (2006), de envelhecimento bem-sucedido, resulta na obtenção de um resultado, meta ou consequência favorável para a pessoa e integra diferentes dimensões que se concretizam a nível funcional, de espiritualidade e gerotranscendência e que emergem para a satisfação face à vida (Flood, 2006). Em situação de doença, a pessoa consegue desenvolver a capacidade de aceitação através do desenvolvimento de processos de *coping* conduzindo-a ao maior sentido e propósito de vida e à satisfação com a mesma.

A promoção do envelhecimento activo preconizado pela OMS constitui uma estratégia prioritária no âmbito do PNSPI (2004), e defende a existência de uma série de factores determinantes: pessoais, económicos, comportamentais, sociais, políticos, de ambiente físico, e ainda os relativos ao serviço de saúde. Esta visão engloba conceitos chave tais como: a autonomia, a independência, a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida os quais remetem para a importância dos direitos humanos da pessoa idosa e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização (Ribeiro & Paúl, 2011: 2-3). Esta ideia é alicerçada em indicadores significativos e relevantes do envelhecimento bem-sucedido no quotidiano da pessoa idosa e que se relacionam com a escolha de estilos de vida que, não só mantém o corpo e a mente saudável como também, passam pela capacidade de identificação de necessidades e vontades individuais, habilidade de adaptação e organização às mudanças e situações de vida e partilha de novas experiências, aceitando-se o processo de envelhecimento como natural e individual, (Fernandes, 2010). Esta orientação remete-nos para a noção de envelhecimento activo, como um processo de envelhecimento de desenvolvimento saudável, que se estende ao longo da vida, numa construção da história individual, de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, com vista a aumentar a qualidade de vida (Oliveira, 2010; Ribeiro & Paúl, 2011).

O conceito de saúde nesta faixa populacional é assim abrangente e não se restringe à presença ou ausência de doença sendo, igualmente, estimado em função do bem-estar funcional da pessoa idosa, ou seja, pelo nível de independência² e autonomia³ (Cabete, 2005; Costa, 2006; Azeredo, 2011), existindo variações significativas relacionadas com o estado de saúde, a autonomia e os níveis de independência entre pessoas idosas que possuem a mesma idade. Falar de saúde da pessoa idosa é, sobretudo, falar da capacidade de adaptação, da capacidade de ir gerindo as mudanças na sua vida, superando situações problema, crises e incapacidades e de manter autonomia, esta baseada numa evolução favorável do seu estado funcional de forma a manter ou conseguir o conforto físico, psico-espiritual, social e ambiental de que necessita para se sentir saudável. Pode assim, a saúde ser definida e perspectivada como um recurso para a vida que acentua as capacidades físicas e os recursos pessoais e sociais, num sentimento de plena capacidade de adaptação a novas necessidades fisiológicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais, num funcionamento óptimo definido para cada pessoa (Kolcaba, 2003), sendo este o conceito por nós utilizado neste estudo. Independentemente da doença ou da incapacidade vivida, ter saúde ou estar doente é um estado subjectivo, que não se refere só ao bem-estar, já que, atende ao controlo do sofrimento e ao conforto vivenciado (Kolcaba, 2003; Vieira, 2007).

No entanto, a ausência de saúde e a incapacidade aumentam com o passar dos anos, verificando-se um estado crescente de vulnerabilidade física, cognitiva e psicosocial, o que determina a fragilidade da pessoa idosa (Cabete, 2005; Street, 2004; Paúl, 2005, Lima, 2010). A vulnerabilidade, apesar de condição de existência, é um constructo que inclui aspectos relacionados com a saúde e seus determinantes e surge associado à noção de agentes de stress (acontecimentos de vida negativos, inesperados), os quais podem ter efeitos deletérios em pessoas vulneráveis, como é o caso dos idosos (Lima & Bueno, 2009). A fragilidade está associada à idade e é entendida como uma condição instável relacionada ao declínio funcional, embora não seja resultante exclusivamente do processo de envelhecimento (Macedo et.al, 2008).

A pessoa idosa torna-se frágil quando o organismo perde a complexidade de manutenção de sua dinâmica e apresenta respostas de não adaptação ao stress. A característica essencial de fragilidade é a noção do risco decorrente da instabilidade e, é considerada por muitos autores, estado clínico de vulnerabilidade aos factores de stress com subsequente diminuição da capacidade de equilíbrio (Gyneste e Pellisser, 2008). Há

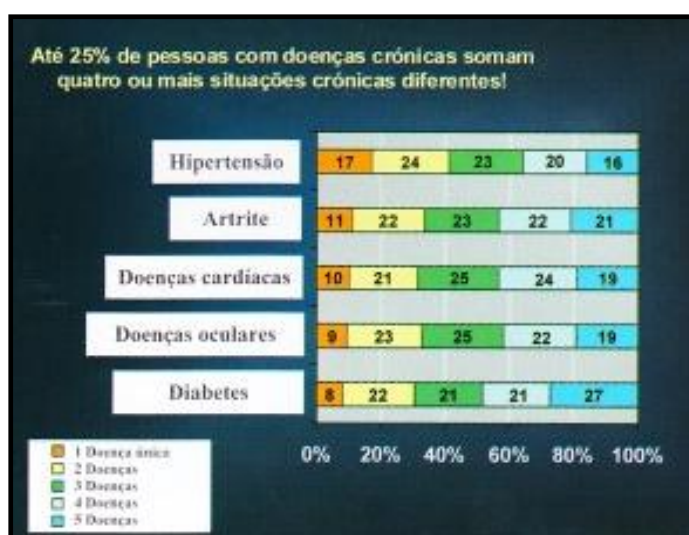
² Independência ou “a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem” (DGS,2006: 16; WHO, 2002: 13).

³ Autonomia ou a “capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências” (DGS, 2006: 9; WHO, 2002: 13).

que atender aos critérios de fragilidade⁴ da pessoa idosa pois “são preditivos de hospitalização prolongada, de mortalidade, de perda funcional, institucionalização e de perda de função após uma hospitalização” (DGS, 2006: 15).

Embora se torne fundamental olhar a velhice como a prova de que se teve saúde para a atingir e não como doença ou incapacidade, a Organização Mundial de Saúde estima que aumentem substancialmente as necessidades em cuidados de saúde da pessoa idosa, paralelamente a um aumento acentuado da prevalência de doenças de evolução prolongada. Os idosos apresentam vulnerabilidade em contrair doenças, pois com a idade vão perdendo faculdades, devido a alterações fisiológicas e à exposição a factores de risco. Digamos que há um padrão próprio de doença no idoso, caracterizado por patologia múltipla, complicações frequentes e graves, estreita relação com factores sociais, cronicidade, incurabilidade e elevada mortalidade (Costa, 2006). Os principais problemas de saúde dos idosos são caracterizados, principalmente, pela cronicidade e pela polipatologia. As doenças crónicas emergem como um dos problemas de saúde mais actuais e sérios da actualidade, afectando cada vez mais a população devido essencialmente ao aumento da esperança de vida. Dados recentes sinalizam que nos países desenvolvidos a percentagem de pessoas que apresentam doenças crónicas, (com pelo menos 4 doenças crónicas), pode atingir 25%, (Rosário & Boavida, 2010), como representado na figura 4:

Figura 4 – Percentagem de pessoas, nos países desenvolvidos, que apresentam mais que uma doença crónica



Fonte: Jonh Hopkins Univ (2004), (in Rosário & Boavida, 2010)

⁴ Compreendem nomeadamente: a idade de 65 anos, AVC, doença crónica ou invalidante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização de actividades da vida diária, queda nos últimos três meses, acamamento prolongado, escaras, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, défices sensoriais de visão e audição, problemas sócio-económicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos três meses (DGS, 2006: 15).

A OMS salienta que as doenças crónicas, tais como, as doenças cardiovasculares, respiratórias, a diabetes, a obesidade e o cancro representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças, sendo que a cronicidade e os respectivos factores de risco estão não só, intimamente relacionados com a pobreza como também, contribuem para a mesma. (WHO 2002b, 2009). A pobreza e a falta de saúde estão, assim, associadas a quadros crónicos verificando-se uma relação bidireccional na medida em que a pobreza causa falta de saúde e a falta de saúde resulta em pobreza (OE, 2010; Rosário & Boavida, 2010). Nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, as metas específicas relativas à doença crónica, procuram atender a causas fundamentais de falta de saúde, como é o caso da pobreza. As pessoas mais pobres têm muitas vezes falta de acesso a cuidados de saúde ou a medidas preventivas, o que conduz a um aumento de situações crónicas (WHO, 2009; OE, 2010). A este respeito, Branco & Gonçalves (2001), concluíram, numa análise realizada por idades, que os grupos etários particularmente vulneráveis à pobreza eram os idosos (65 e mais anos) e o grupo dos mais jovens (0-24 anos). Também, de acordo com os dados do Plano Nacional de Saúde 2004/2010, as doenças consideradas crónicas, muitas delas com uma enorme evolução incapacitante, estão a aumentar todos os anos, estimando-se a sua prevalência em cerca de 45% a 50% em relação ao conjunto das restantes doenças, salientando-se que, aproximadamente 88% das pessoas com mais de 65 anos sofre de pelo menos uma doença crónica.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a doença crónica como aquela que tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, produz incapacidade/deficiências residuais, é causada por alterações patológicas irreversíveis, exige uma formação especial da pessoa com doença para a reabilitação e pode exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (OMS, 2002). As doenças crónicas são variadas e podem afectar qualquer dos sistemas orgânicos. A evidência demonstra que apesar da diferente etiopatogenia, existem aspectos que se aplicam às várias situações, tais como: (i) serem situações que se prolongam no tempo, com implicação física social e emocional, afectando profundamente a vida dos indivíduos; (ii) requererem uma ligação contínua aos serviços de saúde; (iii) alterarem a dinâmica familiar e (iv) envolverem sempre alguma incapacidade a longo prazo, esta por vezes, irreversível (Sousa, 2005; Sousa et al., 2007; OE, 2010). **A doença crónica** é, no âmbito deste estudo, concebida como um acontecimento subjectivo, uma condição de vida ou condição multidimensional caracterizada pela, incerteza, duração e gestão oposta à cura – que não se define apenas por sintomas físicos ou psicológicos para os quais são prescritos tratamentos, que persiste durante toda a vida da pessoa, tendo esta que viver com ela e, muitas vezes, para ela (Mendes, 2005). O papel de doente não é a procura da cura, mas sim gerir a doença até ao fim da vida, pelo

que, mesmo não pondo em risco a saúde física da pessoa, é extremamente incomodativa levando a alterações das actividades e qualidade de vida da pessoa (Baszanger, 1986; Mendes, 2005). Como processo evolutivo, pode, ainda, originar diferentes consequências, nomeadamente, a perda do controlo corporal e o afectar o tempo de vida podendo este ser ou não fatal (Sousa, et al., 2007). Introduce-se a noção de “peso da doença” (disease burden) no que se refere à relação existente entre o impacto que uma ou mais doenças apresentam na capacidade de se manter uma vida autónoma, parecendo existir uma relação directa entre a co-morbilidade e a capacidade funcional, sendo que a forma como cada pessoa reage à doença, varia com os factores individuais, os ambientais e as características das situações (Cabete, 2005; Gomes, 2009).

Perante o conhecimento do diagnóstico de uma doença crónica, os doentes experimentam, quase sempre, uma “incerteza” vivendo níveis de ansiedade e preocupação pela insegurança, pelo medo e pela imprevisibilidade que gera no doente e no sistema familiar (Pereira, 2008). Normalmente, estas situações apresentam um elevado comprometimento orgânico, são de mau prognóstico, requerem um processo de adaptação e aparecem como a fonte mais significativa de sofrimento, pela perda, pela ameaça à integridade ou à continuidade da existência da pessoa como um todo, trazendo problemas reais e potenciais e exigindo determinadas respostas. Prolongando-se no tempo, podem ser vistas como uma “espécie de maldição do sofrimento ou do esquecimento” (Olievenstein, 2000:75). Não só ocorrem problemas metabólicos e complicações variadas a nível dos vários sistemas, como também se verifica uma instabilidade emocional muito acentuada, uma vez que se verifica uma perda da saúde.

Tal como acrescenta Honoré (2002), a saúde está no centro da vida e é condição fundamental para a nossa existência, estando associada à felicidade e à autonomia. Assim, quando se verifica a ausência de saúde poder-se-á dizer que a pessoa perdeu o suporte para uma vida autónoma e livre. É nesta perspectiva que se poderá afirmar que a pessoa, ao confrontar-se com um problema de saúde individual, se encontra em risco de quebra da integridade, com eventual vivência de sofrimento, pela expressão de vulnerabilidade que a doença encerra (Vieira, 2007). A sua vivência é assustadora e vai alterar o processo de saúde da pessoa, originando assim um novo rumo no processo de viver.

Numa situação de doença crónica, as exigências são habitualmente maiores que a capacidade que a pessoa tem em dar resposta, uma vez que, a mesma além de ter que lidar com stressores transitórios, necessita de lidar também com stressores que ameaçam o seu bem-estar e a sua vida. Surge o desequilíbrio e há necessidade de adoptar formas de adaptação, na procura da melhor forma e capacidade para lidar eficazmente com os diferentes stressores com que se depara, fazendo com que se torne essencial encontrar

estratégias que lhe permita lidar com a situação. Tal processo, considerado de adaptação, é provavelmente a condição mais específica do doente crónico, na medida em que, sendo a base da homeostasia e da resistência ao stress, promove o ajustamento do organismo às alterações no seu meio permitindo a aceitação da doença e do tratamento e o regresso à vida organizada.

No entanto, sabemos que cada pessoa, no confronto com a doença, reage de modo diferente empreendendo esforços adaptativos e podendo recorrer a diferentes estratégias, denominadas de “coping” – este considerado como um factor estabilizador que promove o ajustamento individual. Este processo é considerado de transição, pois implica uma mudança no estatuto de saúde, no papel relacional, nas expectativas e nas habilidades (Melleis, 1991). Chik e Meleis, (1986, cit. em Meleis, 1991), definiram três tipos de transição: (i) transição de desenvolvimento que acompanha o desenvolvimento natural do ciclo de vida; (ii) transição situacional que se liga a acontecimentos exteriores, normalmente causas alheias às pessoas e determinadas, habitualmente, por um cariz repentino e inesperado; (iii) transição de saúde/doença que acontece quando se passa de um estado saudável para um estado de doença aguda ou crónica.

No caso concreto da **pessoa idosa que vivencia uma doença crónica**, constata-se que esta se encontra numa fase do ciclo de vida, em que lhe são exigidas adaptações constantes e inerentes ao envelhecimento, (transição de desenvolvimento), em simultaneidade numa transição de uma condição de saúde para a condição de doença, que pode conduzir ao internamento, vivenciando, por isso, grandes alterações na sua vida (transição situacional e de saúde/doença). Deste modo, no idoso, pode interpretar-se a doença crónica como uma condição de desconforto contínuo, com períodos de maior ou menor exacerbação, que deve ser gerida por forma a garantir uma maior qualidade de vida, cada vez mais possível. A forma como se enfrenta é muito peculiar, dependendo das características de cada um e do contexto onde se desenvolve, implicando, no entanto, uma reestruturação da própria situação, uma vez que a pessoa idosa e seus familiares terão que aprender a viver e a gerir. O doente faz escolhas em função da energia exigida, da visibilidade social do tratamento, do desconforto produzido e da eficácia percebida face aos sintomas (Mendes, 2005). A definição de doença para cada indivíduo e a experiência da mesma é fundamental para o planeamento da intervenção e do atendimento do profissional de saúde, que em grande parte visará a promoção da adaptação às exigências da nova situação. Efectivamente, garantir que o tempo de vida seja vivido com a qualidade de vida desejada, é o preconizado pela OMS apontando a qualidade de vida como sendo a percepção que a pessoa tem da sua posição de vida dentro do contexto da sua cultura e do

sistema de valores, tendo em conta os seus padrões, objectivos, expectativas e preocupações.

Consideramos, desta forma, as situações de doença crónica – cuja natureza prolongada vai afectar o indivíduo de diferentes e possíveis formas – uma vivência de constante procura de um estado máximo das funções e bem-estar de cada indivíduo, pois, quando se trata de uma condição incurável, a meta realista dos cuidados é proporcionar, tanto quanto possível, uma vivência que seja confortável, funcional e satisfatória. A pessoa idosa está mais susceptível a contrair doenças, apresentando frequentemente, várias em simultâneo, numa tendência para as crónico-degenerativas, as quais afectam qualquer um dos sistemas do organismo e produzem sinais e sintomas de duração variável, apresentando como características comuns o facto de serem de longa duração e afectarem profundamente a vida das pessoas o que reduz, sem dúvida, a qualidade de vida em termos de saúde, níveis de energia e mobilidade (Street, 2004; Cabete, 2005; Costa, 2006; Sousa, et.al, 2007; Dutra, 2009).

Apesar de, muitas vezes, a pessoa idosa com doença crónica ser remetida para a esfera da prestação de cuidados no domicílio, por familiares e/ou instituições de apoio social, em situação de agudização crónica, o risco de hospitalização aumenta, o que nos remete para o facto de, em Portugal, nos serviços de internamento de medicina, se registarem elevadas percentagens de pessoas com mais de 65 anos (Gomes, 2002, 2006; Cabete, 2005; Costa, 2006, Pignatelli, 2006), permanecendo os mesmos nos serviços hospitalares durante mais tempo que o habitual, pelo processo de lentidão do próprio envelhecimento na recuperação de situações agudizadas (Borges et al., 2000), justificando-se assim a necessidade crescente de ajuda e de cuidados de saúde a nível hospitalar.

Em geriatria, as práticas de cuidados, num contexto altamente medicalizado como é o hospital, apresentam-se como uma das respostas à diversidade de problemas a que a senescência pode conduzir (Costa, 2006). Requer-se uma avaliação multidimensional, tendo em conta o bem-estar biopsicossocial da pessoa idosa e a necessidade de acções integradas da equipe multidisciplinar, tornando-se a pessoa idosa com doença crónica, em todas as suas dimensões, de singular importância e atenção no cuidar de enfermagem. Esta constatação conduz a uma reflexão particular e privilegiada da “(...) actuação de um grupo profissional que, directamente, se ocupa dos idosos doentes ou menos saudáveis” (Costa, 2006: 37), numa ligação aos cuidados de enfermagem geriátricos. Tal, só será possível, pela compreensão do sentido da doença crónica e da experiência de hospitalização, no que respeita à pessoa idosa doente.

2. O CUIDAR EM ENFERMAGEM NA RELAÇÃO COM O CONTEXTO DOS CUIDADOS GERIÁTRICOS

*“Cuidar situa-se na encruzilhada do que faz viver e do que faz morrer,
do que permite viver e do que compromete a vida.”*

Collière, (2003)

Inicialmente, neste ponto, procuramos situar o cuidar no percurso histórico da enfermagem para entendermos o seu posicionamento, enquanto foco da disciplina de enfermagem, acção humana e fulcro da prática da mesma. Numa ligação aos cuidados geriátricos, contextualizaremos o serviço de medicina, enquanto contexto de produção de cuidados aos idosos com doença crónica e seus actores, para, em seguida, nos centrarmos nos aspectos subjacentes e acrescidos à hospitalização da pessoa idosa. Por fim, procuramos um melhor entendimento do sentido da singularidade do processo de cuidados de enfermagem geriátrica, como uma prática de dimensão humana e individualizada à pessoa idosa hospitalizada, guiado pelo conhecimento das reais necessidades e desejos da pessoa idosa hospitalizada, tecendo algumas considerações que ajudam a compreender a individualização da intervenção de enfermagem, justificando assim a escolha desta situação de cuidados para o estudo da natureza do processo de conforto.

Cuidar é, como nos diz Collière, (2003), um conceito fundamental da experiência humana, a primeira arte da vida, uma das mais “velhas” experiências da humanidade, algo de universal e de todos os tempos, “(...) estando na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas” (Collière, 2003:1). Como algo inerente à vida e à relação humana, o cuidar, pela natureza aberta do conceito, determina a forma como cada pessoa se situa em relação à vida, a si próprio e aos outros, sendo “(...) uma intenção do coração e da razão que se consubstancia numa acção – a prestação de cuidados de saúde.” (Botelho, 2004: 9). Embora não exclusivo dos enfermeiros, constitui, no entanto, um valor desejável à profissão de enfermagem, sendo não só a finalidade que se pretende mas a forma de o concretizar que o distingue (Ribeiro, 2000). Assume-se, desde há muito na enfermagem, como uma prática elementar e obrigatória dos enfermeiros, um lema e um fim da profissão de enfermagem, consistindo numa atenção especial que se pode facultar a outra pessoa numa situação particular da sua vida, com o intuito de contribuir para a sua saúde e bem-estar (Hesbeen, 2000). Há que o inscrever, numa situação particular, que não pode ser pré-estabelecida, nem repetida de pessoa para pessoa e que visa “ajudar uma pessoa a

encontrar um modo de vida com significado, numa determinada situação em que se encontra e, qualquer que seja o estado do seu corpo” (Hesbeen, 2004: 13), sendo desejável promovê-lo na sua dimensão profunda e generosamente humana. Numa abrangência cada vez mais difundida, constitui um conceito aberto ao conhecimento constituindo o núcleo central da maior parte da investigação em enfermagem, permitindo melhorar e enriquecer a ajuda a prestar à pessoa, sendo considerado por muitos autores a essência de enfermagem (Watson, 1985; Collière, 1989; Leininger, 1985, 1988, 1991; Hesbeen, 2000; Costa, 1998, 2002; Ávila, 2009).

A herança da enfermagem situa-se à volta da prática dos cuidados sendo esta fundamental na construção de um saber em enfermagem. As acções realizadas pelos enfermeiros são descritas como cuidados de enfermagem (Costa, 1998, 2006; Hegedus, 1999; Hesbeen, 2000; Botelho, 2004; Collière, 2003; Roselló, 2009) e a enfermagem, como profissão, encontra no cuidar a especificidade do seu trabalho, considerando-o a estrutura fundamental e parte integrante da arte e ciência da profissão, (Watson, 1998, 2002a). O Cuidar marca a natureza dos cuidados de enfermagem ao longo dos tempos e constitui um valor para os mesmos (Lenninger, 1991; Collière, 2003; Hesbeen, 2000, Watson, 2002), sendo encarado sob diferentes prismas, os que, ao reflectirem uma cultura própria, se associam a diferentes concepções da enfermagem. Defendemos a ideia de que a enfermagem se sustenta nos cuidados prestados aos outros e se traduz no despertar da capacidade para cuidar encontrando-se “(...) a enfermagem e o cuidar entretidos em termos históricos.” (Mckenna, 1994: 33).

Caracterizada a enfermagem como uma disciplina do conhecimento, humana e de ajuda, e reconhecida como uma profissão cujo centro está na inter-relação entre aquele que cuida e a pessoa que é cuidada, sabemos que nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar, para *Cuidar de Pessoas* (Roach, 1984). Percebendo que o processo de profissionalização dos cuidados está submetido a diversas correntes de influência, parece ser pertinente conhecer as suas origens para reencontrar e explicar a finalidade do cuidado humano oferecido pela profissão de enfermagem (Collière, 1989). A visibilidade da enfermagem está, assim, ligada à sua história. Apesar de o cuidar não ter sido considerado, durante milhares de anos, específico de uma profissão, não será possível a sua reflexão, sem fazermos uma breve referência à origem dos cuidados de enfermagem, uma vez que foram eles que estiveram na origem da profissão.

Sabemos que a história da enfermagem está intimamente ligada aos diversos papéis que foram atribuídos à mulher a quem coube a tarefa de cuidar de crianças, dos velhos e dos doentes, ao longo do desenvolvimento das sociedades.

Collière (1989: 35) descreveu as etapas dos diferentes modos de identificação da prática dos cuidados:

- (i) Identificação da prática dos cuidados com a mulher - desde tempos mais remotos da história da humanidade até ao fim da idade média, na sociedade Ocidental. Os cuidados representavam a resposta às necessidades vitais indispensáveis à sobrevivência da pessoa, não havendo qualquer definição de conceitos, valores e parâmetros de intervenção. O cuidar tinha um valor de carinho e protecção de vida, pelo que se estabelecia uma relação de um certo maternalismo;
- (ii) Identificação da prática dos cuidados com a mulher consagrada – desde o fim da idade média até ao séc.XIX, em França. A prática dirige-se aos pobres, aos indigentes por quem têm compaixão e procura ajudar a obter a salvação. Os hospitais são lugares de refúgio dos indigentes. Os cuidados são baseados essencialmente em valores religiosos e moralistas da Igreja;
- (iii) Identificação da prática dos cuidados com a mulher enfermeira auxiliar do médico – do início do séc XX até ao fim dos anos sessenta. A grande consequência foi a influência sobre os valores dos cuidados de enfermagem. Verifica-se um domínio do valor da subserviência para com o médico e para com a Instituição de saúde, passando a prática dos cuidados a estar ligada aos valores médicos, (Collière, 1999).

A contribuição de Florence Nightingale é indiscutível para a enfermagem que, somente no século XIX, surge como profissão organizada. Nightingale, considerada a pioneira da enfermagem moderna, rompe com o empirismo e inicia um percurso reflexivo da disciplina de enfermagem procurando dar a conhecer que a prática de cuidados não pode ser confiada ao acaso, mas baseada na reflexão, a fim de se desenvolver um domínio próprio do conhecimento, (Collière, 1999). A obra “*Notes on Nursing*” de Nightingale (1859/1992) apresenta a primeira teoria de enfermagem⁵. Nightingale aborda a pessoa numa dimensão holística tendo em conta as suas vertentes biopsicosociais e a influência que a pessoa sofre do ambiente que a rodeia. Desde os escritos de Nightingale até hoje, inúmeros referenciais teóricos se desenvolveram.

Os avanços tecnológicos e científicos reflectem-se na evolução dos cuidados de enfermagem. Até aos anos 50-60, o saber em enfermagem não estava centrado no cuidado à pessoa, mas sim direccionado na maneira como era realizada a tarefa e na razão da sua execução. A partir da segunda metade do século XX, a interrogação sobre a prática dos cuidados e o que os caracteriza, dão origem a diferentes e inúmeras reflexões na tentativa

⁵ Considerada como uma filosofia de enfermagem, especifica conceitos que se relacionam e que orientam a prática dos enfermeiros, por mais de um século (Alligood & Tomey, 2004).

de clarificar o domínio específico dos cuidados prestados. O desenvolvimento teórico sobre o cuidar em enfermagem inicia-se na década dos anos 50, altura em que Madeleine Leininger procurou contextualizar o cuidado como uma necessidade humana essencial e o cuidar como a essência da enfermagem e uma forma de proporcionar saúde e bem-estar, sendo, por isso, a sobrevivência das culturas e da civilização. Surge, a partir dos anos sessenta, nos Estados Unidos da América, um grupo de investigadoras liderado por Leininger, que iniciam as discussões sobre as dimensões filosóficas, teóricas e epistemológicas do cuidar, no sentido de contextualizar de forma sistemática a disciplina de enfermagem. A partir desta altura, a procura da especificidade e da autonomia, levou ao desenvolvimento de diferentes trabalhos elaborados por diversas teóricas de enfermagem (Meleis, 1991).

O domínio da enfermagem é, assim, uma entidade dinâmica. Decorrente da evolução da profissão e da própria humanidade, tem modificado o seu foco de cuidados, de essencialmente técnica e curativa para uma visão holística da pessoa. Tendo em conta as permissas anteriormente referidas e, de acordo com a predominância de ideias e valores nas diferentes épocas e a análise das orientações filosóficas e científicas de enfermagem, Kérouac et al., (1996), entre outros autores, agruparam as concepções da disciplina de enfermagem em três grandes correntes de pensamento que definiram por paradigma⁶ da **categorização, paradigma da integração e paradigma da transformação**. Estes obedecem a uma ordem cronológica e traduzem a evolução dos conceitos centrais da disciplina de enfermagem: o cuidado, a pessoa, a saúde e o ambiente cuja inter-relação contribuem para a conceptualização e a operacionalização da mesma, (Fawcett, 1984; Pearson & Vaughan, 1992).

O paradigma da categorização (entre os séculos XVIII e XX), também designado por modelo biomédico, é caracterizado pela divisão dos fenómenos em categorias, tidos como elementos isolados e, com duas orientações: uma para a saúde pública que tem em conta as condições de salubridade do meio intra e extra-hospitalar e outra para a doença, com o sentido de que saúde é sinónimo de ausência de doença, sendo a pessoa vista como um todo formado pela soma das partes separáveis e identificáveis. Surge com a medicina científica e tem como finalidade estudar a doença, estabelecer diagnósticos e propor tratamentos. As descobertas nos diferentes domínios da ciência permitem um maior conhecimento das doenças. O ambiente é algo distinto da pessoa e é visto isoladamente. A pessoa doente é o alvo dos cuidados de enfermagem e estes orientam-se, essencialmente, no sentido de controlar a doença, baseiam-se nos conhecimentos médicos e na compaixão

⁶ O paradigma refere-se à forma de olhar o mundo, seguindo determinado tipo de pensamento (Basto, 1998: 25), que influencia o desenvolvimento de saberes e saber-fazer no interior das disciplinas (Kérouac et al., 1994: 139).

e são influenciados por motivações de ordem espiritual e humanitária. Os cuidados são, desta forma, organizados em função das necessidades da doença e direccionados para a cura. O sistema de prestação de cuidados é influenciado pelo Taylorismo, corrente apoiada num sistema funcional de especialização de tarefas, onde cada enfermeiro é responsável por um determinado cuidado a todos os doentes do serviço. A influência deste paradigma na profissão reside essencialmente na eficiência instrumental que a caracterizou. Intervir significa “fazer por”, eliminar problemas, substituir, ajudar os incapacitados (Kérouac, et al., 1996).

No paradigma da integração (entre 1950 e 1970), apesar de poder ser considerado um prolongamento do paradigma anterior, reconhece-se a integração dos fenómenos no contexto específico fazendo emergir a corrente da relação prestador de cuidados - pessoa cuidada. A saúde e a doença coexistem; no entanto a saúde é um ideal a atingir e é influenciada pelo ambiente. A pessoa é entendida como um todo formado pelas partes – psicológica, sociológica, cultural e espiritual, as quais se interligam, fazendo emergir o conceito de pessoa como ser bio-psico-sócio-cultural e espiritual. Os cuidados centram-se na pessoa e nos princípios de relação de ajuda, constituindo um processo interactivo entre uma pessoa que necessita de ajuda e uma outra capaz de a dar. O enfermeiro torna-se responsável pela avaliação das necessidades de ajuda da pessoa, constituindo-se ainda, como um perito/conselheiro. O sistema de organização dos cuidados direcciona-se para um sistema de equipas ou por um só enfermeiro responsável, numa prestação de cuidados globais a um grupo de utentes, havendo uma evidência importante no poder de decisão e no reconhecimento de competências dos enfermeiros. Intervir significa “actuar com” alguém “agir com a pessoa”, a fim de responder às suas necessidades tendo por base os princípios da relação de ajuda. Cuidar significa ajudar a pessoa a manter a saúde física e mental (Meleis, 1991; Kérouac, et al., 1996). O conhecimento promovido pelas ciências sociais e humanas evidenciou a dimensão psicossocial e a complexidade da pessoa.

As reflexões e a investigação desenvolvida com o objectivo de construir um corpo específico de conhecimentos de enfermagem levaram ao desenvolvimento de modelos conceptuais e teorias explicativas dos cuidados da mesma que, embora apresentem diferenças, têm em comum o serem centrados na pessoa, numa perspectiva holística e, na acção do enfermeiro. Focalizam a sua atenção no cuidar, valorizam a relação interpessoal e a individualidade da pessoa, procurando de alguma forma orientar a prática, a investigação e a formação em enfermagem, enquanto disciplina autónoma.

Partindo das concepções definidas, este paradigma agrupa escolas do pensamento de enfermagem orientadas para a pessoa, das quais salientamos (Kérouac et al., 1996): (i) a **Escola das Necessidades** na qual se destacam as teóricas: Virgínea Henderson (1969,

1978) e Orem (1980). Henderson (1969) questiona a natureza dos cuidados de enfermagem relacionando-os com as necessidades humanas básicas já descritas por Abraham Maslow (Bolander et al., 1998). É notória a influência das teorias de Maslow (1943,1970) e de Erikson (1971), veiculadas às necessidades da pessoa e hierarquizadas segundo a importância das mesmas para a sua sobrevivência. A pessoa assume um papel central e necessita de cuidados de enfermagem sempre que não consiga satisfazer as suas necessidades. Os cuidados perspectivam a independência na satisfação dessas mesmas necessidades, pelo que, o enfermeiro tem como principal função, ajudar ou substituir a pessoa até esta readquirir a sua independência; (ii) a **Escola da Interação**, que tem como principais teóricas Hildgard Peplau, (1952), Josephine Paterson e Loretta Zderad, (1961), I. Orlando, (1962) e I.King, (1968) centra os seus interesses no processo de interação entre os enfermeiros e a pessoa num contexto próprio e em situação específica (Kérouac, et al., 1996). Peplau (1990) define a pessoa como um ser biopsicosocial em desenvolvimento constante. Verifica-se uma atenção crescente para as necessidades relacionais e de intimidade das pessoas, considerando que a integridade das mesmas deve ser mantida. A pessoa é capaz de reconhecer as suas necessidades. A doença, como experiência humana, pode contribuir para o crescimento da pessoa. Os cuidados de enfermagem são um processo de interação entre uma pessoa doente ou que necessita de ajuda e um enfermeiro com conhecimentos que permitem reconhecer essa mesma necessidade (Bento, 1997; Lopes, 1999); (iii) a **Escola dos Resultados** na qual destacamos como principais teóricas: Levine (1967), Newman (1975) e Roy, (1976). A pessoa é vista como um ser biopsicosocial, um sistema dinâmico em acção recíproca com o ambiente e em constante mudança e adaptação. É de salientar o modelo conceptual de adaptação de Roy (1976). A finalidade dos cuidados de enfermagem é favorecer a adaptação da pessoa à mudança que se verifica relativamente às suas necessidades fisiológicas, estabelecer o equilíbrio, manter as respostas adaptativas eficazes de forma a contribuir para a saúde, qualidade de vida, ou morte digna (Kérouac, et al.,1996, Bento, 1997); (iv) a **Escola da Promoção da Saúde** que integra a teórica Mory Allen (1963) e defende que os cuidados de enfermagem visam a promoção de comportamentos de saúde através de intervenções que envolvem a família. A pessoa e a família são um sistema aberto, em constante interação com o ambiente e comunidade, sendo o enfermeiro um orientador da pessoa/família realizando com eles a planificação dos cuidados, (Kérouac,et al.,1996). Apesar das orientações expressas procurarem colocar o doente no centro dos cuidados, na verdade é que, em termos práticos, continuava a haver uma maior preocupação com a tarefa em si própria do que com as pessoas a quem se prestavam cuidados, continuando o papel do doente a ser passivo (Kérouac,et al.,1996).

Numa caminhada de desenvolvimento com características próprias, a enfermagem, enquanto área do conhecimento, continuou a desenvolver-se orientando-se no sentido de precisar a natureza do serviço que presta à sociedade e a maneira como o desenvolve e aplica. É reconhecido a necessidade de mudança e de convergência para um paradigma – enquanto condição para que uma disciplina possa ser considerada como tal – consentâneo com a elevada reverência, dignidade e complexidade da pessoa (Honoré, 2004), ao assumir-se que a função da enfermagem é cuidar da totalidade da pessoa humana (Watson, 1985, 1988, 2002a), e ao reconhecer que o valor do **Outro enquanto Pessoa**, é o alicerce do cuidar em enfermagem (Mayeroff, 1990).

É com este sentido, que surge o **paradigma da transformação** (a partir dos meados da década de 70 do século XX), proposto por Kérouac et al., (1996), que se caracteriza pela abertura da enfermagem ao mundo, sob influência dos acontecimentos a nível internacional. Neste sentido, em 1978, a Organização Mundial de Saúde, na declaração de Alma-Ata, reconhece as ligações entre promoção e protecção de saúde e as questões sociais e políticas dos países. Neste paradigma, cada fenómeno deve ser entendido como único e caracteriza-se pelo seu significado contextual. A pessoa é um todo indissociável e tem formas de ver únicas, em relação a si mesmo e ao universo. O conceito de “ser humano unitário” é proposto como substituto do conceito “holismo”, na procura da aquisição do seu verdadeiro sentido. O ambiente é o universo de que a pessoa faz parte. A unicidade da pessoa domina o pensamento da enfermagem. A saúde é vista como um valor e uma experiência de vida da pessoa, significativa no desenvolvimento da mesma, na qual entram duas componentes indissociáveis: o seu ambiente externo e interno. A experiência de doença faz parte da experiência de saúde. Esta orientação de abertura ao mundo influencia também os cuidados de enfermagem. Os cuidados são dirigidos ao bem-estar e saúde da pessoa (tal como esta os define), respeitando o caminho e o ritmo da mesma. Intervir significa “estar com” “ser com” a pessoa, acreditando nas possibilidades, desenvolvendo o potencial da pessoa e beneficiando da relação que se estabelece para o próprio desenvolvimento, tornando-se parceiros dos cuidados (Kérouac et al., 1996). O sistema de organização dos cuidados evolui para o método individual de trabalho em que o enfermeiro ou equipa de referência é responsável, integralmente e na totalidade, pela gestão, intervenção e supervisão dos cuidados a um determinado grupo de utentes. No âmbito deste paradigma, incluem-se as escolas de pensamento sustentadas por teorias como a fenomenologia e a teoria sistémica, entre outras: (i) a **Escola do Ser Humanitário** na qual destacamos as teóricas Martha Rogers (1970) e Rosemarie Parse (1992), que perspectivam a pessoa como um ser aberto com capacidade de agir em sinergia com o mundo e com potencial para progredir. A saúde é entendida como uma experiência individualizada que só pode ser definida pelo próprio. O ambiente é visto como inseparável desta. A prática de

enfermagem tem como objectivo favorecer a inter-relação entre pessoa/ambiente na procura da promoção de saúde, qualidade de vida e participação da pessoa nas experiências de saúde. A pessoa orienta o sentido da sua mudança. Salientamos o modelo de Parse, (1992), pela sua importância. A sua orientação é fenomenológica e existencialista. Os cuidados de enfermagem devem centrar-se na qualidade de vida da pessoa ou família e ter como princípio preservar a sua dignidade. A pessoa é um ser complexo, pois é muito mais do que a soma das suas partes. Com base neste pressuposto, Parse (1992), identifica dois paradigmas na enfermagem: **o paradigma da totalidade** que tem expressão no modelo de actividades de vida de Nancy Roper, no modelo de adaptação de Roy, no modelo de auto-cuidado de Orem e no modelo sistémico de I.King. Caracteriza-se por uma visão bio-psico-social-espiritual do ser humano. A saúde é entendida como um bem-estar físico, social e espiritual e, a pessoa é vista como um organismo que se adapta ao meio ambiente; **o paradigma da simultaneidade**, proposto por Parse (1992), em oposição ao anterior, caracteriza-se por uma visão da pessoa como um ser aberto, que é transformado e transforma o meio, estando em constante equilíbrio dinâmico. Para além do modelo de Parse, esta visão tem expressão no modelo do ser humanitário de Rogers e no modelo de Human Care de Watson; (ii) a **Escola do Cuidar**, que actualmente domina a literatura e o discurso de enfermagem na qual, assinalamos as teóricas Madeleine Leininger (1985,1988), que desenvolveu a teoria Transcultural do Cuidar e Jean Watson (1985,1988) a teoria do *Human Care*, as quais, pelos princípios de pessoa e saúde que defendem, se situam no paradigma da simultaneidade e são caracterizadas pela preocupação em respeitar os valores, crenças, modos de vida e cultura.

Na perspectiva de Leininger (1988), os cuidados têm uma orientação antropológica, na qual a pessoa é indissociável da sua cultura, da sua forma de se expressar, dos seus valores, das suas crenças e dos seus estilos de vida. A saúde significa mais do que ausência de doença, pois está relacionada com a “bagagem cultural” que a pessoa utiliza para preservar o seu bem-estar. O ambiente tem um significado importante. Os enfermeiros, para irem ao encontro das reais necessidades das pessoas, devem procurar conhecer as significações das pessoas e os fundamentos que suportam os seus comportamentos. Para Watson (1985, 1988), os cuidados de enfermagem são considerados arte e ciência humana do cuidar, sendo a formação de um sistema de valores humanísticos-altruístas o factor primeiro e básico da ciência do cuidar associado a um profundo respeito pela autonomia da pessoa e liberdade de escolha. Há uma valorização do mundo subjectivo-interno da pessoa, da dimensão espiritual e do poder interior do cuidar humano. A saúde só pode ser entendida na perspectiva individual e numa harmonia entre mente, corpo e alma. O cuidar deve ser concebido como um dom, num conjunto de valores humanos que permitem ao enfermeiro ver a humanidade com amor, interesse e bondade. O enfermeiro é visto como um co-

participante no processo de cuidar, sendo o ênfase colocado na ajuda dada à pessoa cuidada, no maior conhecimento individual, no auto-controlo e preparação para o auto cuidado.

Actualmente, os diferentes paradigmas coexistem e interrelacionam-se. A interrelação que existe entre os mesmos tem guiado o desenvolvimento da ciência. Os cuidados de enfermagem são modelados por um modelo idealizado pelos enfermeiros, mas, nem sempre se verifica concordância acerca do modelo que é adoptado (Melleis, 2007). Corroboramos da filosofia da escola do cuidar, pelos pressupostos defendidos. A evolução do pensamento, em enfermagem, mostra-nos que, hoje, se pretende olhar a pessoa não só como um ser único que interage com o ambiente, mas ela própria como sendo a criadora do seu ambiente. Há uma valorização da reacção e interacção da pessoa com o meio. A pessoa e a família são vistas de uma forma *similar* (Kérrouac, et al., 1996).

A enfermagem tem, assim, sido alvo de variadíssimas tentativas de definição que contribuem para a natureza do cuidar em enfermagem. Revelar os aspectos deste tipo de cuidar será uma forma de tornar explícito o que está implícito na prática, com a finalidade de enriquecer, melhorar e dar visibilidade a essa prática. De acordo com os diversos autores que se têm debruçado sobre o significado, estrutura e orientação para o **cuidar em enfermagem**, verificamos que este conceito tem sofrido mudanças, ao longo dos tempos, condicionado pelos valores e pela cultura. Nos últimos vinte anos, o cuidar tem vindo a ser muito referenciado, na literatura de enfermagem, parecendo ser alvo de algumas controvérsias. A existência de inúmeras abordagens teóricas, assentes em determinadas vertentes, expressam diferentes preocupações, como sejam, culturais, humanísticas, filosóficas e empíricas e procuram enfatizar a centralidade e individualização dos cuidados à pessoa humana. (Lenninger, 1985; Collière, 1989; Mayeroff, 1990; Melleis, 1991; Swanson, 1991; Hesbeen, 2000; Watson, 2002a).

No domínio dos valores, Milton Mayeroff (1990), tem desenvolvido conceptualizações de ordem filosófica sobre o cuidar, em redor dos seus componentes e dos elementos básicos. Considera que o cuidar de enfermagem é um processo que se reflecte na auto realização da díade enfermeiro-pessoa cuidada, com o objectivo de ajudar o outro a crescer, a ser pessoa e a autorealizar-se. Para tal, a dedicação revela-se essencial. O mesmo autor faz ainda referência à existência de ingredientes essenciais, tais como: o conhecimento, a alternância de ritmos, a paciência, a honestidade, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem (Mayeroff, 1990). Também Swanson (1991), com base em estudos de indução fenomenológica, descreve o cuidar como um processo que assenta na relação entre

enfermeiro e pessoa cuidada, que traz benefícios e que conduz ao desenvolvimento de ambos, envolvendo cinco componentes fundamentais que se articulam entre si: (i) “*Conhecer*” ou seja, tentar compreender um acontecimento ou significado presente na vida do outro. Para tal há que fazer uma apreciação cuidadosa da pessoa, procurando sinais e deixando acontecer o envolvimento; (ii) “*Estar com*”, é abrir-se emocionalmente ao outro: é estar lá, disponível, com tempo, numa atitude de interesse, de escuta e de partilha de sentimentos e de experiências. É dar a perceber ao outro a preocupação, o compromisso e a atenção; (iii) “*Fazer por*” é fazer pelo outro o que ele faria, se pudesse. É dar conforto, proteger e antecipar as necessidades do outro. É executar com competência, é preservar a dignidade da pessoa; (iv) “*Possibilitar*” é tornar o outro capaz de se cuidar a si próprio, facilitando-lhe a passagem pelas transições e acontecimentos da vida. É informar, apoiar, centrar-se nas preocupações do outro, gerar alternativas, orientar, reflectir com ele; (v) “*Manter a crença*”, é procurar acreditar na capacidade do outro para ultrapassar um acontecimento ou transição e enfrentar o futuro com significado. É ter estima pelo outro, manter uma atitude de esperança e contribuir para um optimismo realista no sentido de “ir até ao fim” com a outra pessoa.

Morse (1995), na análise comparativa das diferentes teorias de enfermagem, apresenta cinco perspectivas inerentes à natureza dos cuidados e que se interrelacionam no processo de cuidar: (i) **cuidar como característica humana** – é inato e relaciona-se com o potencial que qualquer pessoa tem para cuidar, dependendo das experiências de vida e cultura. A habilidade para o fazer poderá ter reflexo nos níveis de entendimento do significado da saúde e doença; (ii) **cuidar como um imperativo moral ou ideal** – está centrado em manter a dignidade e a integridade moral da pessoa cuidada; (iii) **cuidar como afecto** – relaciona-se com o envolvimento emocional e capacidade de empatia; (iv) **cuidar como uma relação interpessoal** – expressa-se na interacção que ocorre entre quem cuida e a pessoa que é cuidada; engloba manifestações que se enquadram no âmbito da relação de ajuda, tais como: o respeito, a comunicação, o diálogo, a informação, a amizade e a confiança; (v) **cuidar como intervenção terapêutica** – centra-se em aspectos como a escuta activa, a atenção, o toque, a educação da pessoa cuidada e o estar presente, numa ligação à competência técnica. A definição de cuidar, como um modo humano de ser conduz-nos à reflexão de que o cuidar de enfermagem, sendo intrínseco à pessoa, tem sobretudo a ver com “uma forma de ser, de relação e de acção” sendo que, a experiência de cada um em ter sido cuidado influencia a habilidade para cuidar (Roach, 1984: 2).

Pensar em modos ou modelos de entender e praticar o cuidar em enfermagem é compreender a expressão das acções dos enfermeiros e requer a compreensão do sentido

e do significado dos cuidados. Da pesquisa que realizámos, depreende-se que se pode tornar complexo descobrir o pleno sentido dos cuidados/cuidar. Para Collière (2003), as raízes do sentido de cuidar estão sobretudo nos cuidados que são idealizados como um processo da prática do enfermeiro, salientando que a natureza dos cuidados está ligada a tudo aquilo que “caracteriza o ou os tipos de cuidados a prestar ou a executar de acordo com a ou as finalidades que se propõem a atingir.” (Collière, 2003:187). Tendo em atenção as finalidades dos cuidados de enfermagem, a referida autora distingue os cuidados quotidianos e habituais – care – ligados às funções de manutenção, continuidade da vida, e, os cuidados de reparação – cure – ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida. É notória a diferenciação entre o cuidar – cuja orientação está ligada à pessoa de forma global e, o curar – direccionado para a reparação e o tratamento da doença (Collière, 2003: 182).

Cuidar assume-se na compreensão singular do significado, isto é, o sentido indicará uma orientação, um projecto individual. A este respeito, Honoré (2002), define quatro princípios: (i) o sentido é singular e pertence à pessoa; (ii) o sentido evolui com o tempo e com as situações; (iii) o sentido só pode ser compreendido, não pode ser descrito nem explicado (não se pode enunciar traços de sentido nos significados); (iv) o que se diz sobre o sentido só se compreende se a pessoa que o diz é reconhecida como pessoa que tem existência própria. No domínio da intenção o mesmo autor acrescenta que existem três intenções para cuidar: (i) a intenção de reparar ou aliviar, mais direccionada para o sofrimento, (ii) a intenção de satisfazer ou contentar, relacionada com o prazer, (iii) e a intenção de formar, educar ou acompanhar um desenvolvimento, direccionada ao suporte e à plenitude (Honoré, 2004). Sabendo que uma concepção está ligada à forma como cada pessoa apreende ou compreende um determinado conceito, as variadas concepções atribuídas ao longo dos tempos influenciam a orientação dos cuidados (Abdel-Al, 1975; Wilson, 1986; Kéroutac *et al*, 1996). A este propósito, Abdel-Al, (1975), salientou três eixos estruturais dos cuidados de enfermagem, os quais actualmente ainda se mantêm:

1º eixo – Os cuidados de enfermagem são um serviço profissional dirigido à pessoa e às suas particularidades;

2º eixo – A natureza dos cuidados de enfermagem assume-se como complexa, difusa, multidimensional e dinâmica, com detalhes específicos de cada situação particular, o que exige conhecimento e saber dos enfermeiros;

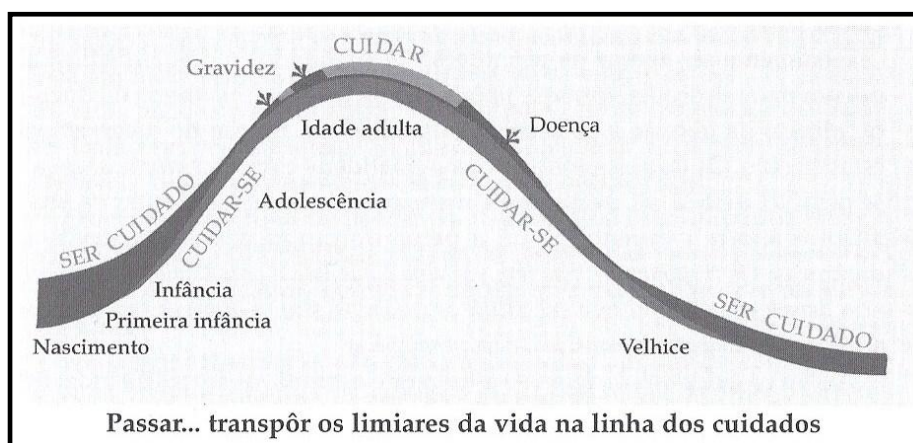
3º eixo – A intencionalidade das intervenções dos enfermeiros procura o bem-estar, a segurança e o conforto da pessoa, pelo que, a continuidade dos cuidados e a avaliação do estado de saúde têm como finalidade ajustar a intervenção, em função do julgamento profissional e das necessidades dos utentes.

A este propósito, também o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2003), assinala a necessidade de uma prática individualizada, adequada às necessidades de cada pessoa, com a preocupação de preservar a dignidade e a liberdade da pessoa humana (CDE, artigo 78º e 88º, b), tendo como meta um bem-estar terapêutico e variadas formas de o atingir (Hesbeen, 2000).

Assumimos, neste estudo, **o cuidar em enfermagem** como uma prática, uma intervenção, que se constrói sobre a interacção enfermeiro-pessoa cuidada, com a intenção de diminuir o sofrimento e contribuir para o bem-estar e conforto da pessoa (Kolcaba, 1994, 2003; Vieira, 2007; Basto, 2009; Nunes, 2011). Envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado às necessidades do doente na sua globalidade, numa procura dos desejos e dos projectos que o fazem mover, reagir e suportar a doença (Kolcaba, 1994, 2000, 2003; Kolcaba & Steiner, 2000). Cuidar em enfermagem reveste-se de um sentido particular para Watson (2002a), imbuído pela preocupação, pela liberdade de escolha, pelo profundo respeito pela vida humana e pela importância da relação intersubjectiva e interpessoal enfermeiro-pessoa (Ribeiro, 2000). Assim, as atitudes cuidativas de enfermagem têm sentido se forem inscritas numa perspectiva multidimensional, embora particulares em cada cultura e situação, o que implica que os enfermeiros ultrapassem as suas próprias tradições culturais para compreender a perspectiva das pessoas que cuidam, – dada a sua importância para a explicação das respostas humanas relacionadas com a saúde-doença (Lenninger, 1985, 1988, 1991; Meleis & Trangenstein, 1994; Watson, 2002a).

Apesar de haver necessidade de *se ser cuidado* em qualquer etapa do ciclo da vida, sabemos que com o avançar da idade esta necessidade aumenta, não só por razões de prolongamento da vida, mas também em função da condição de saúde e doença, (como já referido anteriormente), podendo tal ser exemplificado na figura 5 (Collière, 2003: 179):

Figura 5 – Flutuação das amplitudes que se sobrepõem entre “ser cuidado...cuidar-se...cuidar” consoante as fases da vida



Fonte: Collière, (2003:179)

Centramo-nos nas pessoas idosas, constituindo estas o grupo etário que mais utiliza os cuidados hospitalares. Collière (1989), defende que os cuidados de acompanhamento, de estimulação, de desenvolvimento e de manutenção de vida são indispensáveis nas grandes passagens da mesma, nas rupturas, nas crises e nas mudanças irreversíveis. Poder-se-á afirmar que cuidar da pessoa idosa é complexo, pois não só encontra sentido no contexto do relacionamento humano, como também, se relaciona à novidade que se revela momento após momento, tendo por base a satisfação de todas as necessidades das pessoas.

Qualquer que seja a perspectiva teórica, no contexto dos cuidados de saúde, falar numa assistência de qualidade é enquadrá-la numa lógica de cuidar, cuja finalidade é facilitar a “melhor saúde” à pessoa cuidada, com a necessidade de reunir todos os actores numa mesma perspectiva (Hesbeen, 2000). Contudo, são os enfermeiros os actores privilegiados para desenvolver, concretizar e enfatizar o cuidar, numa estrutura de cuidados de saúde, sendo importante pensar-se nos hospitais como um projecto comum de cuidar com vista a um enriquecimento das concepções e práticas dos cuidados, nos quais a pessoa seja considerada um fim em si mesma, (Hesbeen, 2000). O campo de competência dos enfermeiros situa-se “...verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico...relativo à pessoa, à sua limitação ou à sua doença e, aos que a cercam e ao seu meio”, revestindo-se o contexto sócio-antropológico de extrema importância (Collière, 1999; 2003).

Para Watson, (2002b), a enfermagem deve procurar desenvolver novos conhecimentos relacionados com os fenómenos humanos associados à saúde e à doença, compreender a realidade vivida e as experiências individuais e, fazer novas descobertas direccionadas a: **como estar numa relação profissional de cuidar**. O cuidar em enfermagem só ganha sentido quando for revestido de um carácter intencional, responsável e reflectido, ou seja, quando se toma o sentido da sua intencionalidade, quando se sabe o porquê e se procura produzir mudanças positivas na pessoa (Ribeiro, 2000). A intencionalidade regista uma atitude de direcção a algo e acontece nas interações e nas intervenções dos enfermeiros utilizadas para responder às necessidades das pessoas, constituindo o suporte de todo o processo de cuidar de enfermagem (Melleis, 1991). A criação desta matriz exige a reflexão sobre a prática em redor do significado de como desenvolver práticas de cuidar as pessoas idosas que experienciam um problema de saúde e consequente hospitalização.

Cuidar de pessoas implica compreender as formas como cada pessoa ou família vivencia os seus problemas, manifesta as suas preocupações, as suas necessidades e os seus desejos e exprime os seus anseios e angústias. Desta forma, é imperioso que os profissionais de enfermagem entendam e analisem as diversas relações e manifestações de

saúde e de doença da pessoa/ família, inserida no contexto cultural de referência (Good, 1994; Abreu, 2008), concretamente, da pessoa idosa, com vivência de uma situação de doença crónica, em contexto hospitalar, dado que o seu viver passa a estar marcado por sentidos e mudanças potenciais geradoras de desequilíbrio (Melleis, 1991). Espera-se que, no contexto dos cuidados geriátricos, a contribuição do enfermeiro seja determinada pela capacidade de transmitir o seu “ideal de cuidar” na prática, evidenciando a especificidade e o contributo da enfermagem geriátrica (aspecto que abordaremos mais adiante), para a saúde, o bem-estar e o conforto deste grupo etário da população.

2.1. O SERVIÇO DE MEDICINA COMO CONTEXTO DE CUIDADOS AOS DOENTES IDOSOS E SEUS ACTORES

*“É importante que o lugar de cuidados onde vivemos seja
acima de tudo um lugar de vida onde nos cuidamos”*

Morrison, (2001)

Dado que, a prevalência de doenças decorre da fragilização inerente ao envelhecimento humano, a dissociação entre longevidade e “boa saúde” acontece, pois, com o avançar da idade, a probabilidade de adoecer é maior (Costa, 2006). O aumento da longevidade e a tendência de aumento das doenças crónicas traduzem-se numa maior necessidade de cuidados. Os idosos, pela vulnerabilidade inerente ao processo de senescência, factores de risco associados e situações como a pobreza, a solidão, a carência de suporte familiar ou social, a perda de autonomia, a agudização da doença crónica, entre outras, apresentam-se como um grupo nos serviços hospitalares com um elevado número de internamentos⁷ mais prolongados (Cabete, 2005; Chuang *et al.*, 2005; Costa, 2006; Pignatelli, 2006; Silverstein *et al.*, 2008; Chan *et al.*, 2009; Gomes, 2009; Oliveira, 2011).

Em Portugal, as situações que mais afectam a população idosa são as doenças cardiovasculares, as respiratórias crónicas, as oncológicas, as hepáticas e ainda as relativas à senilidade, conduzindo a processos mais graves, originando frequentemente sequelas que levam à perda de autonomia e de independência, o que leva a longas e repetidas hospitalizações (Chang *et al.*, 2003; Street, 2004; Cabete, 2005; Costa, 2002; Oliveira, 2011).

⁷ O processo de internamento ou hospitalização são aqui mencionados como sinónimos, pelo sentido de ficar hospitalizado, ou seja, permanecer internado num serviço de saúde.

Sabemos que o hospital é visto como um universo complexo e altamente diferenciado, sendo os cuidados de saúde a sua missão primordial (Carapinheiro, 1998, Serra, 2005). Como qualquer outra instituição, comporta diversas funções, nomeadamente, a curativa ou a paliativa, a educativa, a de investigação ou científica, a organizacional e a profissionalizante (Carapinheiro, 1998; Collière, 1999; Hesbeen, 2000; Costa, 2006) e reúne uma grande variedade de serviços/unidades que, apesar de se interrelacionarem, apresentam características muito diferentes. Caracteriza-se por uma complexa estrutura física e constitui-se como uma instituição totalizante (Goffman, 1996), com motivações e tecnologia, em permanente evolução, que coloca ao dispôr das pessoas uma prática tecnológica avançada e medicamentos, ou seja tudo, o que é necessário para o restabelecimento das mesmas, dando uma imagem de eficiência e de segurança que, para a pessoa idosa e família, é fundamental (Carapinheiro, 1998; Silva, 2006). Permite a realização de exames de diagnóstico e tratamento de doentes, possibilitando a resolução de diversos problemas de saúde, apresentando-se como o alvo fácil, a tábua de salvação, um lugar de acolhimento e guarda dos doentes, tornando-se imperativo para os idosos, em situação de doença (Carapinheiro, 1998; Costa, 2006).

Ao recorrer aos cuidados hospitalares, a população idosa proveniente habitualmente do serviço de urgência, apesar de poder ter destinos variados, tem como referência a hospitalização, em serviços de medicina (Street, 2004; Costa, 2002; Peek et.al, 2007; Oliveira, 2008; Costa, 2011). Tal facto é fruto da inexistência de especialidade médica geriátrica, bem como, é resultante do carácter semi-especializado destes serviços (Carapinheiro, 1998; Street, 2004; Costa, 2006; Serrano, 2008; Oliveira, 2011; Frias, 2012), os quais possibilitam uma resposta a uma variedade de situações de doenças não especializadas (Carapinheiro, 1998). Os contextos de acção em cuidados geriátricos – concretamente os serviços de medicina – são locais onde o doente realiza uma parte substancial da sua estadia no hospital e, influenciam e são influenciados pela subjectividade de cada um e pelas singularidades do colectivo. Constituem-se como um contexto social dentro do hospital onde se evidenciam dinâmicas particulares, resultantes das interações específicas e da existência de normas e procedimentos únicos, que conferem, desta forma, uma identidade própria (Serra, 2005; Costa, 2006). No âmbito da análise sociológica dos modelos de prática hospitalar, os autores Coe (1984) e Freidson, (1984), definem e caracterizam os modelos que podem coexistir nas organizações hospitalares, (quadro 3), havendo algumas coincidências com a realidade portuguesa, tal como é reconhecido nos estudos realizados por Carapinheiro (1998):

Quadro 3 – Modelos de prática hospitalar

Modelo de custódia	Característico de instituições totalitárias, numa ligação às doenças incuráveis. O desempenho do doente é permanente obedecendo às normas institucionais.
Modelo assistencial clássico	Assenta numa orientação claramente biomédica assumindo o doente um papel passivo dos cuidados médicos, caracterizado por cuidados técnico-científicos cujo objectivo é a cura.
Modelo de reabilitação	Trata situações crónicas sendo o objectivo o restabelecimento do funcionamento normal da pessoa. O doente faz parte integrante da equipa, não tendo por isso um papel passivo.
Modelo de serviço doméstico	Caracteriza-se por uma organização simples, podendo dispensar a presença do pessoal ligado à prestação de cuidados assim como, a supervisão médica.
Modelo de intervenção médica	Caracteriza-se pelo carácter transitório da doença e pela incapacidade do doente enfrentar o seu problema, tendo por isso necessidade e recorrer à ajuda de técnicos submetendo-se à sua autoridade.
Modelo de intervenção terapêutica	É determinado por uma ideologia psicoterapêutica com valorização para o papel activo do doente. Apesar do médico ter um papel de supremacia, é dada importância ao trabalho de equipa.

Fonte: Freidson (1984: 139); Coe (1984: 323)

Nas organizações, ou seja, nas práticas de cuidados, a saúde tem tendência a ser compreendida como não doença (Honoré, 2002), o que conduz a uma perspectiva biomedicalizada. Esta visão reducionista faz com que “este modelo assuma que a doença pode ser explicada em termos de causas determinantes que operam no corpo, o qual é conceptualizado como uma máquina” (Turner, 1987: 24), máquina esta que avaria, sendo a doença considerada uma anomalia ou um inimigo impessoal. Continua assim a prevalecer uma abordagem paternalista do doente, confundindo-se o modelo de saúde com o modelo biomédico, centrado na doença, perspectivado numa abordagem curativa cujo objectivo é aliviar sintomas caso a cura não seja possível (Bury, 1997). Ao prevalecer a doença do corpo físico, olha-se para o órgão do doente, sem haver lugar para olhar para a pessoa e para toda a sua história de vida. A pessoa é, de certa forma, colocada em segundo plano. Este

modelo contribui para o aumento da longevidade e, consequentemente, para o aumento de pessoas que sofrem de múltiplas doenças crónicas, cujo tratamento se reduz ao controlo de sintomas recorrentes, facto que leva à frustração das expectativas da pessoa. O impacto deste modelo nos doentes, famílias e enfermeiros é pouco claro, pois se por um lado desvaloriza a individualidade e subjectividade da pessoa, por outro determina alguma segurança nas decisões tomadas, relativamente ao tratamento das situações, através do cumprimento de protocolos de intervenção terapêutica devidamente testados. Conscientes de que se deve perspectivar o doente de forma holística, os cuidados podem, no entanto, assumir uma perspectiva fragmentada dada as diferentes funções, aparentemente distintas, pouco definidas, dos actores. Este modelo é vivido com desconforto pelos actores directamente envolvidos; em primeiro lugar, os doentes e suas famílias e, em segundo lugar, os enfermeiros pondo em causa a atenção dada às múltiplas dimensões que integram a pessoa, pelo que a sua adesão tem vindo a ser contestada (Pearson & Vaughan, 1992; Peek et.al, 2007).

O serviço de medicina é um espaço multidisciplinar onde diariamente acontecem múltiplas experiências, que conduzem a múltiplas estratégias de jogos de poder, que vão condicionar as políticas hospitalares e o papel do doente (Carapinheiro, 1998). De acordo com a teoria de Parsons (1951), nas relações interpessoais com o doente o profissional de saúde exerce o seu poder e a sua autoridade com grande influência sobre os doentes e famílias, sem ter em conta o contexto da pessoa doente. Há uma tendência para agir de forma estável, isto é, socialmente aceite, principalmente entre médico e doente. O profissional é a autoridade e o doente é percebido como um ser dependente, ao ser-lhe exigido que obedeça a regras e a ordens, para que seja rotulado de “bom doente”, não criando problemas, sendo este o papel desejável para um funcionamento tranquilo (Morrison, 2001). O cumprimento de tal dinâmica não implica, necessariamente, que se sinta confortável ou satisfeito. Os estudos de Gomes (2002, 2007, 2009), nomeadamente com idosos, demonstram que os doentes querem passar de um papel passivo para um papel mais activo ao quererem ser parceiros no seu processo de cuidados.

A organização hospitalar, pelo que lhe é próprio e tradicional, nem sempre permite atender aos hábitos e desejos da pessoa, “a organização e funcionamento dos serviços de saúde não estão, em muitos dos casos, adaptados às actuais necessidades da população idosa (...) constituindo muitas vezes barreiras à promoção ou manutenção da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias.” (DGS, 2006: 13). Como salienta Carapinheiro (1998), o doente é remetido a um papel passivo e o seu saber é desvalorizado pela organização, sendo-lhe imposta a necessidade de uma rápida adaptação, a fim de lidar com

novas rotinas e exigências inerentes ao contexto de internamento. Apesar de haver pontos de vista diferentes, quanto à melhor forma de prestar cuidados, o objectivo principal deve ser o de garantir cuidados de qualidade. A análise dos contextos revela-se, desta forma, fértil na estruturação e evidência de referenciais contingentes ao meio em que se inserem. A existência de uniformidade de dinâmicas, práticas e objectivos constitui, de certa forma, uma orientação que leva ao entendimento entre os vários grupos profissionais.

Não só os cuidados são conduzidos por processos concebidos em função do contexto, como também o saber é um instrumento estratégico na intervenção de cada actor ou de cada grupo profissional, conferindo alguma margem de manobra (Serra, 2005). Os saberes construídos ao longo da vida, reconstroem-se na e pela acção, nos contextos da prática, sendo por isso a prática profissional transformadora – interactiva – (Costa, 1998, 2006). A este propósito, Carapinheiro (1988), sistematiza três tipos diferentes de “saber”: o *saber médico*, com um carácter determinante; o *saber periférico* relativo aos profissionais de enfermagem e, de forma geral, a outros técnicos não-médicos; e o *saber profano*, restrito aos doentes ao qual não se reconhece qualquer tipo de validade (Carapinheiro, 1998). Também Barth (1996: 61) define o saber como: (i) *estruturado*, sendo uma entidade complexa com um nível abstracto e um nível concreto, que se relacionam; (ii) *evolutivo*, do ponto de vista cronológico, constitui-se como provisório, sujeito a várias remodelações segundo as circunstâncias; (iii) *cultural*, isto é, partilhado e, subentende na sua transmissão ” (...) um acto de negociação do sentido, onde importa que os dois parceiros se escutem e se expressem a partir dos pontos de referência comuns.” (Barth, 1996: 74); (iv) *contextualizado* em função de uma conjuntura concreta, resultante de factores afectivos, cognitivos e sociais sofrendo alterações em função do tempo-espço em que a pessoa se situa; (v) *afectivo*, restituído à individualidade é elaborado no interior de cada pessoa (Barth, 1996).

O atendimento em saúde orienta-se por saberes especializados, dominantes, hierarquizados, (Albuquerque *et al.*, 2004). Todos os profissionais de saúde, no seu exercício profissional, atendem às necessidades de cuidados de saúde da pessoa. O modo como cada actor de cuidados ou grupo profissional desempenha o seu papel no seio da organização, tem subjacente uma filosofia e é condicionado por uma série de factores, entre os quais, a pertença a uma cultura de grupo assume um papel relevante, (Serra, 2005; Costa, 2006). A forma como a prática dos cuidados de enfermagem normativamente se desenvolve, advém ainda, de forte influência dos factores organizacionais em detrimento dos aspectos individuais do doente e da sua família. Apesar das práticas não serem isentas das concepções individuais de cada enfermeiro, existe uma influência que acontece e, se desenvolve entre actor e organização, que vai balizar a acção individual, redefine e reorganiza a própria organização interna do contexto. Também a formação e a experiência

acumulada no contexto de trabalho contribuem para a interiorização de um modelo que, de certa forma, dá sentido às práticas realizadas (Basto, 1991; Costa, 1998, 2006). Poder-se-ia questionar: de que forma se conjungam estas duas dimensões na prática dos cuidados de enfermagem aos doentes idosos hospitalizados, no serviço de medicina?

No contexto actual de organização dos cuidados e de continuidade do cuidar, um novo paradigma surge com o sentido de colocar a pessoa como actor principal e, responsável pelo seu projecto de vida e saúde. Para tal, há necessidade da pessoa ser investida de poder (*empowerment*) que suporte os processos de tomada de decisão sobre os aspectos que lhe dizem respeito, assumindo os enfermeiros um papel determinante. São vários os autores que referem a importância de que se deve fazer do *empowerment* dos cidadãos idosos uma prioridade, o que é justificado pela perda de poder, de autonomia e de independência que acontece com a longevidade (Dewing, 2004; Gomes, 2007, 2009; Pereira, 2010; Costa, 2011). O *empowerment*, como construto multidimensional, deve ser operacionalizado como instrumento terapêutico do cuidar de enfermagem, não só ao nível da relação enfermeiro/doente idoso, bem como, possibilitando ao doente um maior poder e controlo sobre a sua vida numa participação efectiva no seu projecto de saúde, focalizado em aspectos que se ligam ao consentimento informado, ao respeito pelo outro e, ao assumir o direito que o doente tem de participar nos seus cuidados (Gomes, 2007, 2009; Pereira, 2010). O estudo de Pereira (2010) conclui que os enfermeiros reconhecem ao *empowerment* um elevado nível de importância, apelando às dimensões relativas à relação e à transmissão de informação, entendendo estas como estratégias de *empowerment*. É com esta visão que apelamos ao conceito de parceria, considerado como um processo em que o enfermeiro e a pessoa cuidada trabalham juntos, para um fim comum (Gomes, 2009; Costa, 2011).

Cuidar de idosos não é uma competência inata. Consiste num desafio e adquire-se através da formação, da experiência e do desejo pessoal, numa procura constante de criar, de se realizar constituindo-se estes aspectos como determinantes, na medida em que facilitam o processo de cuidados (Dinis, 2007). Os estudos de Rebelo (1996), sobre as representações dos enfermeiros do serviço de medicina, e os de Costa (1998, 2006), sobre a construção dos cuidados geriátricos dos enfermeiros, são exemplos desta preocupação. Rebelo (1996: 174) afirma que, “ (...) o modo como os enfermeiros concebem a enfermagem que fazem, parece ser influenciado pelos contextos onde trabalham.” Também Costa (2006: 258), salienta que o processo de construção de competências geriátricas dos enfermeiros se constrói numa relação de complementariedade que engloba “ (...) o enquadramento intraprofissional (enfermeiros e seus percursos de formação), o contributo das interações que ocorrem e se estabelecem no universo e contexto profissional (os actores do campo de

prestação de cuidados geriátricos) e de outros universos sócio-culturais (com particular relevo para os percursos biográficos e para os utilizadores de cuidados) (...) ". Os cuidados de enfermagem geriátricos sofrem influência e acontecem sob a articulação de um sistema de interacções estruturantes.

O serviço de medicina, como terreno de prestação de cuidados aos idosos com doença crónica, constitui-se, principalmente, como instituição de cuidados de enfermagem, pois, *todos os dias* e *a todas as horas* os profissionais de enfermagem prestam cuidados aos doentes, sendo, no entanto, uma área considerada pelos enfermeiros como de baixo estatuto profissional (McLafferty & Morrison, 2004). O trabalho dos enfermeiros, pela previsibilidade destes serviços, assenta numa orientação cíclica, independentemente do método utilizado e, desenvolve-se em redor de um conjunto de actividades de rotina que se centra em momentos particulares do dia, sendo, desta forma, os enfermeiros, os profissionais que mais tempo estão junto dos doentes. No entanto, esta realidade tem tendência para reduzir o doente a um objecto, a ser manipulado através de regras e normas terapêuticas, centralizando-se os cuidados na doença (Ferreira *et al.*, 1997).

Não só o cumprimento de tarefas e de regras que as formalizam levam, muitas vezes, os enfermeiros a considerar pouco aliciante e menos atractivo trabalhar num serviço de medicina, como também os estereótipos sociais influenciam as suas práticas para com os idosos. Apesar dos discursos privilegiarem a abordagem centrada no reconhecimento do ser humano, a prática acaba por ser directiva, não estimulando a participação do doente no cuidado de si, nem tendo em conta o contexto da pessoa doente (Gomes, 2007, 2009). Num estudo realizado com pessoa idosas hospitalizadas concluiu-se que existe uma tendência para as mesmas receberem cuidados de enfermagem de rotina, sendo os aspectos relacionais, frequentemente negligenciados (Carvalhais & Sousa, 2011). O trabalho dos enfermeiros, apesar da exigência de conhecimentos amplos e diferenciados, é desprovido de tecnologias terapêuticas de ponta, o que, de certa forma, conduz a uma desvalorização da necessidade de cuidar do idoso, em contexto hospitalar (Silva, 2006).

Para alguns teóricos, os contextos de internamento hospitalar, onde predominam pessoas idosas, são locais de passagem no percurso profissional (Rebelo, 1996; Costa, 2006). Desta forma, nem sempre se torna claro compreender a globalidade e a complexidade desta fase da vida da pessoa, pelo que impera a necessidade de uma maior responsabilização individual e colectiva dos enfermeiros, no sentido de promover os cuidados de enfermagem geriátricos. A prática profissional dos enfermeiros integra, de forma simultânea, os aspectos ligados à organização, à especificidade dos diferentes actores e à singularidade que é característica da pessoa, o sujeito de cuidados do enfermeiro.

Numa perspectiva microsistémica, os contextos são socialmente definidos e, objectivam-se nas práticas profissionais, onde existe uma acção colectiva, por meio de um vasto e heterogéneo corpo de profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, auxiliares de acção médica e outros actores indiferenciados), que agem e interagem de forma complexa, com vista a atingir os objectivos da instituição, os objectivos dos grupos profissionais e os objectivos específicos relacionados com o próprio contexto (Carapinheiro, 1998; Hesbeen, 2004; Costa, 2006).

Apesar da existência de uma ampla diversidade de actores internos e externos com as competências mais diversas, os actores de cuidados, no serviço de medicina, são, especialmente, os enfermeiros, os doentes idosos e as suas famílias/pessoas significativas (Cabete, 2005; Serra, 2005; Costa, 2006; Dinis, 2007). Apesar de ser permitido ao idoso ter a presença de um acompanhante, estes, na maioria das vezes, inserem-se no cuidado de forma passiva e pouco participativa, não sendo preparados para o regresso a casa e para o cuidado do idoso no domicílio. No entanto, o envolvimento da família constitui um suporte do doente, desde que sejam tidas em conta a opinião e a decisão do mesmo (Cosme, et., 2006; Pereira, 2008). A família/pessoa significativa surge, não só, como um alvo de cuidados, como também o seu envolvimento é um meio facilitador de uma boa prestação de cuidados. A importância do papel desempenhado pelo familiar no cuidado das pessoas é reconhecido, pois, desde sempre, se apresenta como a principal entidade prestadora de cuidados informais aos indivíduos, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível (Andrade, 2009).

Conscientes de que um dos grandes desafios das políticas de saúde e da sociedade actual é permitir aos idosos alcançar um equilíbrio, mediado entre o auto-cuidado, os cuidados formais e os cuidados informais, o papel da família/pessoa significativa assume maior importância na equipa de saúde, concretamente, no apoio aos idosos, surgindo como elemento fundamental nas novas dinâmicas de cuidados ao doente. Pensar a acção de cuidados, num determinado contexto histórico e social, como é o caso do serviço de medicina, implica cada vez mais que se fale num modelo de saúde global e holístico que tenha em conta a pessoa e o seu ambiente como um todo, numa abordagem contínua, de prevenção e readaptação, sendo a responsabilidade partilhada por uma equipa de cuidados que trabalha em colaboração, (Bury, 1997; Hesbeen, 2000; Honoré, 2002). Há que considerar as diferenças entre a cultura profissional e a pessoal de todos os envolvidos no cuidado e na atenção ao idoso hospitalizado e à sua família.

As organizações de saúde deverão adaptar-se às exigências sociais. A crescente preocupação humanista e, de desenvolvimento profissional, como reflexo da evolução social, deverá centrar-se no que é definido como melhor para a pessoa do doente idoso, em contexto hospitalar, ajudando-o a criar uma maneira de viver com sentido e compatível com a sua situação, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua situação de doença. Intervir e promover a qualidade dos cuidados ao doente idoso é fundamental. Ao problematizar a questão da qualidade em enfermagem, Hesbeen (2001) defende que, se está perante um fenómeno complexo sujeito a uma multiplicidade de interpretações já que “ a percepção da qualidade dos cuidados está sujeita aos próprios mecanismos que regem a condição humana, e é, portanto, extremamente variável, ou evolutiva.” (Hesbeen, 2001: 155). O mesmo autor releva a centralidade da atenção à singularidade pessoal e o papel da intencionalidade de ajuda como caminhos que não pertencem em exclusivo a ninguém, passando a ser exigências de todos os actores de cuidados de saúde. Trata-se de uma filosofia de acção e compromisso institucional centrado na pessoa, na medida em que todos podem participar num esforço comum, que busca uma maneira mais humana e eficaz de estar no mundo do trabalho. Todos os actores, no contexto específico, necessitam de agir de forma integrada e coordenada procurando não só, dar respostas adequadas e eficazes às reais necessidades e expectativas como também minimizar o impacto que a hospitalização tem no doente idoso e sua família.

2.2. A HOSPITALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

“ (...) nós falamos de fazer uma experiência(...) de ter uma experiência(...) ou da nossa experiência vivida, (...) a experiência caracteriza a minha vida (...) é o traço da minha presença e da minha actividade no mundo(...) fazer a experiência de qualquer coisa é vivenciar essa coisa(...) ter a experiência (...) é a lembrança do sentido que aquela teve para mim (...).”

Honoré, (2004)

Embora cada vez mais se questionem os motivos que justificam o recurso à hospitalização, sabemos que as pessoas idosas em situação concreta de agudização da doença e/ou ameaça da vida, têm necessidade de recorrer à mesma. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011), o número previsível de pessoas idosas faz pensar que cada vez mais pessoas vão necessitar de ter internamento em camas hospitalares.

Algumas pessoas idosas vivenciam o processo de internamento como algo que faz parte da vida, encarando o hospital com alguma naturalidade e um certo conformismo (Antas

et al., 2007). Tendo em conta as condicionantes esperadas para o estado de saúde do idoso, a hospitalização, em situação de doença crónica, constitui, muitas vezes, mais uma passagem pelo hospital, onde os processos, pela sua frequência, se apresentam de alguma forma já conhecidos. Em situações de reinternamentos sistemáticos, verifica-se um maior peso relativo à perda do papel sócio-profissional, à quebra de relações familiares e, de funções habituais, entre outras, o que, associado à cronicidade, pode contribuir para o aparecimento ou agravamento de uma depressão (Rossman, 1974; Palmer et al., 2003).

Sendo que a experiência de hospitalização de cada um será sempre única, o espaço de internamento nem sempre é, para o doente idoso, um espaço de sentimentos negativos. Se por um lado, o doente deixa de poder comandar os acontecimentos da sua vida com evidente perda de autonomia, de privacidade e de intimidade, por outro está rodeado de pessoas das quais depende o seu bem-estar, o seu conforto, a sua saúde e a sua própria vida, na medida em que as mesmas permitem resolver as situações que, de certa forma, agravam a morbilidade e mortalidade (Diniz, 2007).

Não obstante, quando existe necessidade de hospitalização, não deixa de ser considerada a existência de uma ameaça, de um ambiente estranho e impessoal, provocando na maioria dos idosos, uma alteração nas suas referências existenciais dado que, vem alterar o decorrer normal do seu quotidiano, de uma forma, mais ou menos agressiva, mais ou menos violenta, mas sempre imprevisível, incómoda e desconfortante. Entre outros motivos, para além de afastados do seu ambiente natural, os idosos sentem-se inquietos pois são afastados das famílias, têm restrições nas visitas e dependem dos outros para as suas actividades mais básicas.

Embora possa ser gerador de sentimentos ambíguos, qualquer que seja a situação vivida, o momento da hospitalização, pelo seu carácter singular, pode ser sempre visto como um acontecimento *stressant* para o doente e família, o que implica uma certa adaptação. Se, à medida que envelhecemos a capacidade e rapidez de adaptação a novas situações, consideradas stressantes, vão diminuindo, facilmente percebemos que a vivência da hospitalização para a pessoa idosa poderá trazer repercussões no bem-estar da mesma.

A forma como cada pessoa idosa reage à doença e à hospitalização difere. Diferentes factores podem condicionar a forma como os doentes avaliam e perspectivam a sua própria experiência envolvendo múltiplos significados tais como: (i) o medo da dependência física e/ou a percepção da proximidade da morte; (ii) a incerteza e insegurança da condição de saúde; (iii) a possibilidade (ainda que virtual), de refazer a aliança com a saúde ou assegurar a sobrevivência; (iv) os ambientes despersonalizados reconhecidos como ameaçadores (Marques, 2000; Costa, 2006; Carvalhais & Sousa, 2007; Dinis, 2007). Neste sentido,

perspectivam-se duas tendências opostas: (i) uma, no **sentido da adaptação** – numa visão optimista, correspondente ao suporte social, ao controlo percebido e à autonomia; (ii) outra, ligada ao **sentido de não adaptação** – numa visão pessimista, que corresponde ao desespero, ao fraco suporte social, à perda do controlo e à dependência, conduzindo ao síndrome de inadaptação à hospitalização (Brouchon-Schweitzer, Quintard, Nouissier & Paulhan, 1994).

A interacção entre envelhecimento, doença e hospitalização, conduz a diferentes problemas cujas consequências não estão completamente estudadas. Os problemas, em menor ou maior grau, interagem com outros factores traduzindo-se em riscos acrescidos para a pessoa idosa, concretamente para o declínio funcional, fragilizando o seu equilíbrio, levando a uma melhor compreensão de que o internamento pode ser, por vezes, considerado mais prejudicial que benéfico (Palmer, 1999, Chang et al., 2003; Palmer et al., 2003; Street, 2004; Hoogerduijn et al., 2007; Vidán Astiz et al., 2008; Wakefield, 2007). A investigação demonstra que a vivência da hospitalização, como experiência significativa para o doente idoso, define-se como uma experiência de “esmagadora vulnerabilidade”, na medida em que é acompanhada por um conjunto de factores de stress e representa uma série de ameaças (Morrison, 2001), nomeadamente, à integridade corporal, à exposição à vergonha, ao desconforto relacionado com a dor, ao cansaço, ao risco de alterações, à separação da família e amigos, à dependência de outros para o bem-estar, entre outras privações (Cardoso, 2000; Street, 2004; Costa, 2006; Viegas, 2006; Dutra, 2009; Ávila, 2009; Carvalhais & Sousa, 2011; Costa, 2011; Oliveira, 2011). A mudança de ambiente leva ao aumento da insegurança e à diminuição da capacidade de exercer os seus direitos, pelo que as decisões sobre os seus cuidados fica afectada, colocando o idoso numa posição de inferioridade perante os outros. A capacidade de decidir e o poder sobre si mesmo é, assim, uma necessidade afectada. Numa vertente cognitiva e comportamental, Pinto (2000), demonstra uma prevalência significativa de síndromes confusionais, em doentes idosos hospitalizados, nomeadamente: estados de confusão, desorientação e agitação física ou verbal cujas causas se associam principalmente a mudanças geográficas, alteração dos hábitos de vida, das relações interpessoais e ainda exposição a ruídos desconhecidos.

A fragilidade que o doente idoso apresenta está relacionada com a vulnerabilidade que este tem aos desafios do próprio ambiente, estando mais marcada em pessoas com mais de 85 anos, que apresentem polipatologias e cronicidade ou ainda limitações funcionais podendo traduzir-se a incapacidade em graus de dependência (Caldas, 2003).

Apesar da dependência⁸ não ser considerada um atributo exclusivo da velhice, a longevidade trará inexoravelmente situações de dependência por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou social, havendo necessidade de assistência e/ou ajuda, de outra pessoa (Bearon, 1996; Caldas, 2003; Azeredo, 2011). O conceito de dependência está relacionado com a incapacidade da pessoa em satisfazer as necessidades humanas básicas, ou seja, em desempenhar as actividades da vida diária, como resultado do aparecimento de um défice que limita a funcionalidade da pessoa (Sequeira, 2010).

A capacidade funcional está ligada ao conjunto de habilidades pessoais necessárias para manter uma vida autónoma e independente, face às condicionantes ambientais, dando indicação sobre a capacidade física e o estado cognitivo da pessoa (Gallo et al., 2000; Lobo & Pereira, 2007). É uma relação dinâmica que permite avaliar as dimensões de funcionalidade da pessoa idosa, (a audição, a visão, a comunicação, a capacidade de aprender, a utilização dos conhecimentos, a mobilidade, a capacidade de utilizar os membros superiores e inferiores, a capacidade de cuidar de si próprio, a capacidade de realizar tarefas domésticas ou de recreação e a capacidade de relação com os outros) ou seja, a capacidade de se manter autónomo e activo (Sequeira, 2010: 43). No interesse de um funcionamento integrado e de bem-estar (Orem, 1985), a participação do doente no auto cuidado está associada às actividades da vida diária onde se incluem as básicas, ligadas às tarefas próprias do autocuidado nas seguintes dimensões: (i) **mobilidade** (a alimentação, o vestir, a utilização da casa de banho, o subir escadas, a deambulação e a transferência da cama para a cadeira); (ii) **higiene** (o banho e a higiene corporal); (iii) **controlo de esfíncteres** (o controlo intestinal e vesical) e ainda, as actividades instrumentais, indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade tais como: gerir a medicação, utilizar o telefone, fazer compras, cuidar da casa, lavar roupa, preparar a comida, utilizar os transportes (Cabete, 2005; Sequeira, 2010; Lobo & Pereira, 2007). De acordo com a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE), versão 1.0 (2005), o foco de atenção autocuidado integra: tomar banho; vestir-se ou despir-se; alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto-elevar-se, usar o sanitário, transferir-se, virar-se, lavar-se e usar a cadeira de rodas.

Quando associado à hospitalização, o declínio funcional está ligado à perda da independência para realizar, pelo menos, uma das actividades básicas da vida diária, tendo em conta o estado da pessoa, aquando da sua admissão (Vidán Astiz et al., 2008), podendo conduzir à dependência de terceiros. Esta perda associa-se à qualidade de vida, ao custo

⁸ Dependência é um estado no qual um indivíduo confia em outro (ou em outros) para ajudá-lo a alcançar necessidades previamente reconhecidas. O termo "dependência", na prática geriátrica, liga-se a "fragilidade" vista como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios do contexto onde está inserida.

associado aos cuidados (Landefeld et al., 1995; Palmer et al., 2003), ao maior risco de hospitalizações futuras ou à mortalidade (Hoogerduijn et al., 2007; Wakefield, 2007). A pessoa idosa fica mais susceptível ao desenvolvimento de um quadro de dependência funcional, sendo por isso importante a compreensão por parte dos enfermeiros para uma avaliação da situação do idoso, concretamente em contexto hospitalar, no sentido de conseguir perceber de que forma o idoso vive a experiência de hospitalização (Imaginário, 2004; Cabete, 2005; Costa, 2006; Oliveira, 2011).

Cabete (2005), analisou o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e emocional das pessoas idosas, concluindo que a hospitalização pode ser vista como uma ameaça e um desafio, destacando-se sentimentos de ansiedade, isolamento, stress, solidão, medo da doença e desconforto. Verifica-se, muitas vezes, uma somatização, como manifestação deste sentimento de ansiedade, que se traduz, essencialmente, em: taquicárdia, sudorese, hipertensão e dor, revertindo para a necessidade de procura de uma causa física em detrimento de um apoio ou relação de ajuda. Por outro lado, a mesma autora acrescenta que, no âmbito funcional, acontece um aumento da imobilidade e da diminuição da capacidade funcional, com aumento da dependência da pessoa idosa (Cabete, 2005). Também Dinis (2007) salienta, como resultado do estudo efectuado com idosos hospitalizados, que a hospitalização pode desencadear um impacto negativo a nível psicológico, com sentimentos não só de incerteza e de receio (de ser tocado, mobilizado, de ser inútil e humilhado e de sofrimento, entre outros) como também de ajustamento a uma situação em que o seu papel é de doente, o qual, cada um exprime de forma singular.

Como exposto, aquando da hospitalização, a pessoa idosa fica sujeita a uma série de prejuízos, no seu estado de saúde funcional, ao ter como prioridade o tratamento da doença e ao dar menos atenção aos resultados funcionais e à promoção do autocuidado do doente idoso, o que pode levar ao declínio, contribuindo para o que se designa de síndrome disfuncional da hospitalização. Esta síndrome decorre da interacção de aspectos clínicos do idoso e de elementos de hospitalização e tem uma relação directa com a deteriorização física e com o humor deprimido, acompanhado de expectativas negativas para a saúde global (Palmer, 1999). Não só o ambiente desadequado às necessidades físicas do idoso pode ser hostil e prejudicial, como a imobilidade conduz a diferentes complicações iatrogénicas debilitantes do estado geral da pessoa; a poli medicação pode levar a efeitos adversos; algumas terapêuticas não farmacológicas podem levar a problemas nefastos; alguns procedimentos podem ser considerados perturbadores, restringindo a autonomia e limitando a vontade da pessoa, conduzindo a sentimentos de despersonalização (Palmer, 1999; Palmer et al., 2003: 509; Palmisano-Mills, 2007).

No estudo de Covinsky et al., (2003), 35%, das pessoas idosas apresentaram, à data da sua alta, um estado funcional mais debilitado do que aquele que tinham antes da sua hospitalização, enquanto que no estudo de Sager et al.,(1996), 31% dos idosos haviam sofrido declínio nas actividades de vida diária e 69% evidenciaram manutenção ou até melhorias relativamente ao estado que apresentavam antes da hospitalização. São vários os factores de risco que contribuem para o declínio funcional associado à hospitalização, que, de acordo com Hoogerduijn et al., (2007), se centram na condição da admissão, nos efeitos iatrogénicos do tratamento, nos efeitos de repouso no leito e na comorbilidade; segundo (Street, 2004: 144), relacionam-se, para além da deficiência funcional prévia, com o uso prévio de auxiliar de marcha, com a idade igual ou superior a 85 anos, com a diminuição cognitiva e, ainda com a necessidade de readmissão hospitalar e, na perspectiva de Cabete (2005), ligam-se à forma como os profissionais se relacionam e lidam com a pessoa idosa e perservam as suas capacidades tendo tal sido designado por atitude terapêutica. Esta, pode contribuir para prevenir o declínio se for centrada numa visão holística do doente idoso com vista à sua saúde e ao seu bem-estar.

O enfermeiro deve procurar favorecer as condições que melhorem a saúde, as quais devem ser centradas em cuidados de manutenção e de estimulação das capacidades que a pessoa idosa ainda possui, de forma a prevenir maiores limitações funcionais (Collière, 2003). Nesta ordem de ideias, um dos aspectos importantes é através da estimulação física, ou seja, o encorajar os doentes a estar fora da cama e a deambularem, uma vez que, o repouso no leito e o estar limitado à cadeira constituem factores precipitantes (Strett, 2004; Cabete, 2005; Kortebein, et al., 2008). No entanto, existem alguns factores impeditivos desta estimulação que justificam o repouso no leito onde se incluem: as necessidades clínicas, que se apresentam aparentemente prioritárias, a expectativa do doente e família quanto ao repouso; o medo de cair, e ainda a vontade e o desejo para estar deitado, associado à vivência momentânea de maior conforto.

Em muitas situações, o declínio funcional que ocorre durante o internamento é significativo e pode ser atribuído a factores iatrogénicos ou a infecções nosocomiais (Cabete, 2005; Vaz, 2008). Não só a prevenção do declínio funcional, como também a recuperação ou a minimização da perda das capacidades é fundamental durante a hospitalização, sem prejuízo do conforto da pessoa idosa. Este último aspecto é considerado relevante para o doente hospitalizado, na medida em que os modos e formas de confortar, para alívio de desconforto, se relacionam com comportamentos de cuidar de enfermagem (cuja percepção se atribui à competência da enfermeira), dirigidos às necessidades de saúde do doente idoso.

É conhecida a influência que a hospitalização tem na pessoa que vivencia uma situação de doença. O doente idoso hospitalizado requer assim uma atenção especial. A identificação das necessidades constitui-se como fundamental para o enfermeiro dado que, é o foco de atenção no que respeita aos cuidados de enfermagem. De facto, a percepção das necessidades, desejos e expectativas do doente idoso hospitalizado traduz-se como imperativo na qualidade dos cuidados, concretamente, nos cuidados de enfermagem. Sabemos que as necessidades humanas são vitais e universais, flexíveis e hierarquizadas, comuns a todos os seres humanos e, essenciais à manutenção da vida, num desenvolvimento progressivo. Consideram-se catorze (14) necessidades fundamentais na pessoa que envelhece, tal como nos é apresentado no modelo conceptual de enfermagem de Virgínia Henderson (1962), sendo, a satisfação das mesmas, essencial ao equilíbrio humano e à saúde. Na teoria de Abraham Maslow, conhecida como uma das mais importantes teorias da motivação, as necessidades apresentam-se organizadas em níveis de importância e influência. Também Watson (1985), dá especial atenção à satisfação das necessidades da pessoa constituindo tal, um dos factores importantes para a ciência do cuidar.

No entanto, a individualização da pessoa idosa, concretamente no que diz respeito à forma como vive e é condicionada – pela fragilidade de diversos mecanismos fisiológicos protectores ligados ao envelhecimento – confere-lhe necessidades específicas que decorrem de valores, de crenças, de atitudes e pressupostos e, estão associadas ao contexto em que se encontram (Costa, 1998, 2002; Imaginário, 2004; Carvalhais & Sousa, 2011). Relativamente às necessidades do doente idoso hospitalizado, a investigação, apesar de escassa nesta matéria, evidencia “ que os idosos hospitalizados percebem as necessidades físicas como as mais importantes, bem como a competência da enfermeira para lhes dar resposta, como prioridade” (Chang et al., 2003), tendo o conforto surgido como uma dessas expectativas (Marques, 2000). Por outro lado, o estado emocional é igualmente afectado, “A ansiedade e a depressão podem atingir níveis altamente perturbadores, podendo ser tão ou mais incapacitantes do que o declínio funcional” (Cabete, 2005: 41), constituindo um elevado sofrimento psicológico. Apesar de serem muitas vezes subvalorizadas, as dimensões relacional, comunicacional e/ou afectiva, as mesmas têm um papel preponderante nos aspectos confortadores (Costa, 2006; Oliveira, 2011). Os idosos desejam que os enfermeiros sejam compreensivos, humanos, carinhosos e atenciosos (Cardoso, 2000; Costa, 2011). Marques (2000:13), no seu estudo com 19 doentes idosos hospitalizados, procurou compreender as principais expectativas/desejos relativas aos cuidados de enfermagem, concluindo que a capacidade de diagnóstico, a disponibilidade, o pronto atendimento, a expressão de partilha e de carinho pelo toque são atributos/comportamentos dos enfermeiros desejáveis, de percepção agradável no processo

de cuidados. Por outro lado, o desconforto físico (pela dor, manutenção de perfusões, imobilidade no leito e fraqueza) e, o desconforto emocional (pelo estado “nervoso” e carente, pelo medo, pela tristeza, pela saturação associada à repetição de procedimentos técnicos, pela desconfiança e pela necessidade de informação) são percepções desagradáveis (Marques, 2000: 15).

Relevando todos os dados descritos, percebemos que a hospitalização acarreta uma série de consequências, não desejadas. A sua concretização baseia-se na experiência consciente e subjectiva que o doente vivencia, resultante da atribuição de significados e sujeita a condicionalismos da percepção, durante a hospitalização. As expectativas, os desejos e necessidades dos doentes idosos hospitalizados variam de doente para doente e assumem várias expressões – biológicas, psicológicas, sociológicas, culturais e espirituais – ao emergirem da perda progressiva de capacidades físicas, de alterações dos processos sensoriais, cognitivos, perceptivos, afectivos e da perda de autonomia, entre outros, ou seja, situações que lhes provocam sofrimento e limitações, tornando-se por isso impossível falar de necessidades absolutas (Costa, 1998, 2006; Imaginário, 2004). Em função da significação atribuída, o doente idoso viverá desconfortos de múltiplas formas. Independentemente das manifestações e da origem são sempre expressão de necessidades (Chalifour, 2008). As necessidades do idoso, na sua essência, fazem com que se promova sempre uma maior autonomia, confiança, autovalorização e, qualidade de vida (Imaginário, 2004), estabelecendo uma relação de ajuda que promova o seu conforto, (Kolcaba, 2003) e o seu bem-estar.

Não só é exigido aos enfermeiros que procurem compreender a experiência da pessoa idosa hospitalizada, como validem as suas percepções sobre as necessidades e desejos, e, igualmente estejam atentos às percepções sobre os comportamentos de cuidar. Desta forma, só uma abordagem multilateral e multidisciplinar centrada na gestão da qualidade poderá responder com eficácia às necessidades de saúde e conforto dos doentes idosos em contexto hospitalar, procurando a satisfação das mesmas na sua globalidade.

2.3. O CUIDAR/CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

“Cada um de nós é singular, único, irrepetível. E por mais vezes que esta frase se repita, ainda lhe faltará a profundidade e a densidade das implicações”.

Nunes, (2011)

Sabemos que a enfermagem não só procura compreender a multidimensionalidade do ser humano bem como valoriza a centralidade da pessoa nos cuidados que realiza. O cuidado centrado na pessoa é uma noção que surge nos anos 50, assente numa corrente de pensamento existencial-humanista (McCormack, 2004; Leplege et al., 2007; Chalifour, 2008) e, pressupõe a valorização da experiência subjectiva da pessoa. São vários os autores que se interessam por esta abordagem; no entanto, esta noção surge enraizada no trabalho de Carl Rogers, do qual se salienta a expressão “abordagem centrada na pessoa”.

Não fará sentido procurar uma perspectiva comum à acção do cuidar ou procurar uma só maneira de a conceber, já que, “Aquilo que se pode compreender e pensar, são as perspectivas diferentes e os sentidos diferentes” (Honoré, 2004: 38). No entanto, poderá haver perspectivas consideradas próximas, mantendo contudo a sua singularidade. “O sentido de uma acção de cuidados é próprio daquele que faz a experiência” (Honoré, 2004: 39). Sendo a pessoa foco de atenção central para a enfermagem, a especificidade do processo de cuidar deverá exigir a capacidade de inferência e competência dos enfermeiros no sentido de orientar as suas práticas para as dimensões da pessoa, na sua globalidade. Para tal, constituem-se como elementos básicos a saber: (i) apesar da doença, reconhecer a pessoa na sua totalidade sabendo que pode experimentar a vida e estabelecer relacionamentos com os que a rodeiam e com o ambiente; (ii) focalizar-se mais naquilo que a pessoa faz, e nas suas capacidades – físicas, afectivas, sociais e espirituais – do que, nas habilidades que perdeu; (iii) considerar a pessoa como ser único, tendo em conta a sua história de vida; (iv) oferecer e respeitar as escolhas da pessoa, acreditando na possibilidade de a levar a um certo bem-estar; (v) considerar os factores ambientais na organização dos cuidados, (Kitwood, 1997 citado por Edvardsson et al., 2008; Phaneuf, 2010). Valoriza-se, assim, a biografia da pessoa, as suas relações, o conhecimento e a centralidade dos seus valores, permitindo ver a pessoa para além das necessidades imediatas.

É consensual que o processo de cuidados de enfermagem, enquanto processo de interacção social, tem como centro de interesse a pessoa/família/comunidade (Amendoeira, 2006) e, como foco de atenção, o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida. À semelhança de outros processos de cuidados, o enfermeiro, no processo de cuidar a pessoa idosa, deve perspectivar uma “ (...) construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados (...), a partir daquilo que descobre maneja as informações provenientes da situação, descodificando-as com a ajuda de conhecimentos para compreender o seu significado e utilizar na acção de cuidar” (Collière, 1989: 293). Neste sentido, a mesma autora alerta para o conhecimento quer antropológico quer etnográfico do doente e/ou das suas limitações, defendendo que, “Qualquer situação de cuidados é em si uma situação antropológica em que os homens e mulheres são o epicentro (...)” (Collière, 2003: 148), o que, certamente, virá contribuir para um melhor conhecimento da pessoa que cuidamos e das suas necessidades, na medida em que constitui uma abordagem global, que permite a proximidade e dirige a atenção aos seus hábitos de vida, costumes, crenças, valores, padrões de comportamento em situação de saúde-doença, limitações que lhe são inerentes, tendo em conta o seu contexto de vida (Collière, 1989; Lenninger, 1991).

Apesar de poderem ser operacionalizados de diferentes formas os cuidados de enfermagem à pessoa idosa, os mesmos centram-se nos seguintes objectivos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995): (i) proteger e promover a saúde; (ii) prevenir complicações de situações patológicas; (iii) satisfazer as necessidades de saúde identificadas, percebidas e/ou expressas; (iv) favorecer a identidade e a autonomia da pessoa; (v) prevenir o isolamento social; (vi) ajudar a pessoa na perservação das suas capacidades físicas, psicológicas e sociais; (vii) ajudar a pessoa no desenvolvimento de novas capacidades; (viii) estimular a pessoa, a inserir-se no meio.

Numa concepção da prática de dimensão humanizada e individualizada, Phaneuf (2010) identifica determinados princípios geriátricos:

- Proteger, promover a saúde e prevenir complicações;
- Satisfazer as necessidades manifestadas pela pessoa cuidada, assim como as necessidades percebidas pela família/pessoa significativa;
- Aceitar e respeitar o doente qualquer que seja o seu estado físico ou psicológico;
- Estimular o doente a participar nas actividades e reduzir a inactividade;
- Favorecer a manutenção da identidade, da autonomia da pessoa e prevenir a deterioração da sua personalidade;

- Oferecer actividades de estimulação a fim de ajudar a preservar um funcionamento optimizado a nível físico, psicológico, social e espiritual;
- Ajudar na adaptação das novas limitações de acordo com as necessidades, perspectivando um maior nível de bem-estar;
- Oferecer ao doente um meio rico em interacções estimulantes, calorosas e afectuosas.

Esta abordagem centra-se na pessoa enquanto sujeito de cuidados e, na perspectiva holística enquanto vital, para que, a humanização dos cuidados de enfermagem seja uma realidade. Estamos sempre em presença de um Outro – um ser humano em contexto de transição. Prestar cuidados à pessoa doente idoso como um ser único é sempre uma situação única, pois diz respeito à singularidade da pessoa, envolvida num contexto próprio, contexto este que envolve a inclusão de um novo conhecimento, uma alteração de comportamentos e uma apreensão de novos papéis, sendo por isso imprescindível dispensar-lhe uma atenção integral e particular (Melleis, 1991; Gomes, 2009; Nunes, 2011).

O cuidar geriátrico tem de representar mais do que o encontro ocasional entre o doente idoso que sofre e o enfermeiro. É um processo inter-subjectivo, assente em relações interpessoais, com grande reciprocidade entre os enfermeiros e as pessoas cuidadas, em que ao enfermeiro, ao possuir a qualificação específica lhe é permitido participar com a pessoa nos seus cuidados. Estes cuidados, devem basear-se numa relação de ajuda com uma componente humana e pessoal verdadeiramente ampla e treinada no sentido de responder às reais necessidades, dos doentes idosos. Neste sentido, se forem prestados de forma coerente, assumem particular importância, pois deverão integrar a ajuda ao doente e à família para que atinjam as suas metas. As intervenções podem ser variadas: de carácter preventivo de complicações, e/ou promotoras de conforto ao responderem às necessidades da pessoa idosa doente.

Colocar a pessoa no centro dos cuidados é considerar os seus sofrimentos, as suas angústias, as suas reacções e não somente a sua doença, pois o doente é muito mais que o seu corpo. Só é possível compreender a verdadeira dimensão do sofrimento humano, quando os enfermeiros procuram cuidar em espaços de intimidade e promover a pessoa doente, à altura da dignidade humana (Vielva, 2002). Reconhece-se que são as relações que existem entre as pessoas que reforçam a identidade humana e permitem compreender melhor o outro. Cada pessoa tem uma individualidade própria, desejos, necessidades e expectativas seguramente diferentes das de outrem.

A prática de enfermagem humanística está enraizada no pensamento existencial. Reconhece-se uma prática de dimensão humana – fundada na dignidade própria de “ser (-se) pessoa”. O humanismo é um conceito filosófico que nos mostra a importância do lugar do homem no mundo e está intimamente ligado ao conceito de humanidade, de natureza antropológica, que se define pela “ (...) preocupação do ser humano com a humanidade. (...) implica que *se mostre interesse pelo outro*, um outro único e particular, que existe, em determinada situação” (Hesbeen, 2006: 28), e que nos leva a considerar as raízes da nossa condição humana.

O conceito de humanidade foi definido por Albert Jacquard, em 1987. Mais tarde, um geriatra francês, Lucien Mias, introduziu pela primeira vez este conceito nos cuidados aos idosos (Gineste & Pellissier, 2007). Rosette Marescotti & Yves Gineste desenvolvem uma nova filosofia de cuidados a que chamaram de “filosofia da humanidade”, na aplicação aos cuidados de enfermagem, explorando um novo significado com novas aplicações para cuidar (Simões et al., 2008). Pela descoberta da obra de Gineste & Pellissier (2007), “Humanidade compreender a velhice, cuidar dos homens velhos” e, do trabalho desenvolvido desde 1975 com doentes idosos dependentes e vulneráveis, foi possível compreender a importância do valor da *humanidade* nos cuidados de enfermagem a pessoas deste grupo etário.

Apesar de haver pouca investigação acerca desta temática é já possível obter um conjunto de dados relevantes, que sustentam o valor da *humanidade*, *enquanto valor teórico e prático* em contexto de cuidados de saúde (Simões, 2005), com reconhecimento da sua utilidade para a prática de cuidados de enfermagem e, de forma prioritária, aos doentes idosos constituindo uma dimensão conceptual e organizadora dos mesmos (Phaneuf, 2010). Esta autora salienta que a humanidade permite ver o que é essencial na pessoa e que os apelos de humanidade são geradores de um maior poder de adaptação, de motivação, de bem-estar, de qualidade de vida e de crescimento pessoal, (Phaneuf, 2010). Também, Simões, Rodrigues & Salgueiro, (2008), procuraram conhecer melhor a filosofia da humanidade nos cuidados de enfermagem com um estudo inicial de revisão sistemática que concluiu: (i) a humanidade é uma construção da humanidade; (ii) a humanidade é filosofia e práxis; (iii) os cuidados de enfermagem assimilam a filosofia da humanidade e aplicam-na na prática clínica, com base em diferentes pilares elementares (o olhar partilhado, o tocar o outro, o falar/palavra, a verticalidade, o vestuário/protecção) e de acção (como o levantar o doente, a alimentação e a hidratação, os cuidados de higiene, o tratamento das feridas, entre outros) que são mobilizados de forma integrada; (iv) os cuidados de humanidade dirigem-se prioritariamente às pessoas dependentes, em situação crítica e vulnerável; (v) os enfermeiros centram-se na arte de ajudar a conservar padrões de humanidade, mesmo nos momentos de mais elevado grau de limitação e dependência; (vi) o processo de conservação dos padrões

de humanidade implica uma aproximação ao espaço de intimidade da pessoa, na qual se valorizam os mais subtis sinais de pedidos de ajuda e se convertem, os mais finos e delicados gestos técnicos e relacionais do enfermeiro, em ajuda terapêutica (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008; Phaneuf, 2010).

O enfermeiro não só deverá possibilitar à pessoa vulnerável/dependente, a possibilidade da maximização das suas possibilidades ” (...) no sentido da autonomia, respeitando a *legis artis* e, gerando uma relação de igualdade” (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008: 103), como também deverá mobilizar, de uma forma integrada, os pilares da *humanidade*, a fim de prevenir alterações do comportamento, como é o caso da agitação patológica ou imobilização iatrogénica (Gineste & Pellissier, 2007; Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008). Numa postura de liberdade, o reconhecimento da responsabilidade e do compromisso da actuação por um agir intencional, sensato, respeitador e preocupado, em direcção ao bem-estar do doente idoso, contribui para os cuidados humanizados e permite uma maior ligação e aproximação à pessoa (Phaneuf, 2010).

De acordo com o Código Deontológico de Enfermagem o enfermeiro, quando presta cuidados ao doente idoso, é responsável pela sua humanização, assumindo o dever de dar atenção à pessoa como uma sua totalidade única, inserida numa família e numa comunidade (CDE, Art.89º). A humanização passa pela relação interpessoal e deve ser entendida como uma atitude positiva na medida em que “Humanizar converge para a qualidade do atendimento global ao cliente/família” (Ordem dos Enfermeiros, 2003: 108). Os enfermeiros devem respeitar as necessidades intrínsecas da pessoa idosa, estimulando as suas potencialidades e promovendo a sua autonomia na tomada de decisão (Deodato, 2008).

Enquadrar os cuidados de enfermagem numa filosofia de humanização é situar as intervenções numa atenção individualizada, particular e singular, de respeito pelo sentido e, pelo valor que a pessoa atribui a uma determinada acção num determinado momento e contexto. O objectivo é dar resposta não só aos desejos e necessidades da pessoa, mas sim efectivá-la, de forma personalizada, na resposta permitida para cada pessoa, individualizada a cada doente/família, segundo a sua vontade, numa atitude de preocupação e valorização da pessoa cuidada e da sua participação nas decisões (Gineste & Pellissier, 2007). O enfermeiro e a pessoa cuidada confluem numa dinâmica harmoniosa, metódica e respeitadora.

Como é possível constatar na literatura recente, diferentes modelos têm procurado orientar e descrever a prática de cuidados, centrada na pessoa. Entre outros, evidenciamos os que mais se adequam ao nosso estudo. O modelo de McCormack (2003), dirigido à

prática de cuidados à pessoa idosa, foi desenvolvido através de uma pesquisa, com base na interação desenvolvida entre enfermeiro e pessoa idosa hospitalizada e as necessidades de cuidados da mesma, valorizando a consciência autêntica. A autenticidade refere-se à necessidade de conhecimento dos valores e opiniões da pessoa, a fim de evitar a rotinização dos cuidados. Esta percepção autêntica dá espaço ao doente para manter as suas escolhas, permitindo, assim, um agir direccionado ao contexto da pessoa idosa. O enfermeiro surge como um facilitador do percurso de cuidados, escolhido pelo próprio doente, pelo que deverá ter em conta três aspectos: os valores do doente, os valores do enfermeiro e o contexto de cuidados (McCormack, 2003). Para a sua efectivação, é necessário colocar a pessoa como um ser único e adoptar uma relação terapêutica com base na negociação e parceria, o que exige um avançado nível de perícia e, por isso, coloca algumas críticas a este modelo (Gomes, 2009).

Nolan et al., (2004) com interesse nos cuidados às pessoas idosas, propõe um modelo de intervenção, denominado de “Modelo dos Sentidos/Sensações”, centrado no relacionamento com a pessoa idosa. Este modelo apreende a experiência subjectiva de cuidar de pessoas idosas e explica os sentidos que devem ser experimentados por todos os actores que estão na relação (as pessoas idosas e os profissionais de cuidados) e, que consistem em seis percepções: segurança, continuidade, pertença, realização, propósito e significação. Este modelo não se focaliza apenas, na díade enfermeiro-pessoa cuidada, já que, engloba outros actores envolvidos nos cuidados profissionais aos idosos.

O “Modelo de Cuidados Agudos à Pessoa Idosa” (Old Person Acute Care Model - OPAC), de Peek e colaboradoras (2007) consiste num modelo para a prestação de cuidados de saúde, em contexto de cuidados agudos, que valoriza as “síndromes geriátricas” como foco de actuação multidisciplinar. Considera como conceitos e valores centrais, o “respeito e manutenção da dignidade da pessoa idosa; promoção da escolha do envolvimento e independência; cuidados e gestão individualizados; e foco clínico específico (...)” (Peek et al., 2007: 169). Este modelo assenta nos princípios do cuidado à pessoa idosa (explícitos pelo Departamento de Saúde do Reino Unido em 2011) e, procura tornar claro o contexto de saúde da pessoa idosa hospitalizada, em situação aguda. Como linhas orientadoras da individualização da prática de enfermagem, Suhonen et al., (2000, 2007, 2008), consideram a existência de três aspectos: a recolha da informação; o adequar as intervenções e o receber *feedback* das pessoas cuidadas, antes de dar continuidade ao cuidado. Salientam que a intervenção individualizada, em momentos adequados, dá resposta à responsabilidade profissional dos enfermeiros, uma vez que procura resultados favoráveis em cada situação de cuidados (Suhonen et al., 2008).

Relativamente à investigação a nível nacional é de referir o estudo de Costa (2006), que procurou clarificar o processo de produção de competências geriátricas dos enfermeiros, no serviço de medicina. Partindo de uma investigação etnográfica concluiu que a dinâmica da construção de competências em enfermagem geriátrica se organiza num agir integrador com base nos contextos do sujeito (enfermeiro), do doente (idoso), da profissão e da acção, os quais se efectivam em complementariedade. O conceito de ajuda orienta a prática geriátrica, de dimensão humana, mais de natureza antropológica do que técnica, tendo em conta a especificidade das necessidades dos idosos e a singularidade do contexto geriátrico (Costa, 2006). Fica subjacente a necessidade de se prestar cuidados centrados na pessoa idosa, mas coloca-se a questão de como se concretiza tal processo, ou seja, como se articulam e se definem as estratégias de intervenção.

Embora as diferentes concepções expostas defendam a individualização da intervenção de enfermagem e, a singularidade da pessoa, muitas vezes, a forma como as organizações de saúde se estruturam, bem como o conjunto de condicionantes e circunstâncias em que a prática de cuidar ocorre, releva para uma centralidade nas necessidades próprias em detrimento das necessidades do doente (Tonuma & Wilbolt, 2000; McCormack, 2004). A investigação confirma que as representações dos enfermeiros face às pessoas idosas têm a capacidade de afectar a qualidade dos cuidados que estas recebem, podendo as atitudes negativas dos enfermeiros ter um efeito adverso nos cuidados prestados (Sheffer, 1995; Cardoso, 2000; Gomes, 2002, 2009; Wells, 2004; Cabete, 2005; Costa, 2006; Viegas, 2006) e na satisfação. Podendo estar subjacentes os mitos e estereótipos atrás referidos, seria importante, os enfermeiros analisarem o seu sistema de crenças e percepções acerca dos idosos e clarificarem a sua concepção de cuidados aos mesmos a fim de perceberem qual o efeito que têm nos cuidados que prestam (Cardoso, 2000; Costa, 2006; Viegas, 2006; Oliveira, 2011; Frias, 2012), na medida em que o enfermeiro, ao estar condicionado por uma perspectiva negativa do idoso, sente-se impedido de olhar para ele de forma imparcial e objectiva.

De acordo com um estudo feito acerca dos sentimentos que os enfermeiros vivenciam ao cuidar o doente idoso em contexto de internamento, destaca-se a necessidade dos enfermeiros quererem cuidar com humanidade, na medida em que consideram o doente idoso vulnerável e frágil, dadas as suas limitações inerentes não só ao internamento mas também à doença (Mateus, 2005). Saliencia-se a necessidade do enfermeiro se dedicar à compreensão do idoso e à análise da prática profissional na sua relação de cuidados, assumindo múltiplos papéis, tais como: o de professor, o de informador, o de motivador, o de conselheiro, o de figura de suporte, o de figura parental, entre outros (Mateus, 2005: 31).

A investigação demonstra também, que os sentimentos vividos pelos doentes idosos, aquando da hospitalização, se relacionam com atitudes e comportamentos dos enfermeiros. Assim, sentimentos negativos tais como: mal-estar, mágoa, medo, tristeza, abandono, despersonalização e, inferioridade acontecem em situações de insatisfação dos cuidados (Pinheiro, 1997; Marques, 2000; Viegas, 2006), bem como, atitudes dos enfermeiros como a agressividade e a indisponibilidade promovem tristeza e agravamento do estado de saúde do idoso (Carvalhais & Sousa, 2011; Oliveira, 2011; Frias, 2012).

Por outro lado, a satisfação dos idosos relaciona-se com atitudes e comportamentos dos enfermeiros, na relação enfermeiro/idoso tais como: a demonstração de respeito, a disponibilidade, o acompanhamento, a escuta activa, o conversar, o dar informações, o carinho, a amabilidade e a tolerância (Marques, 2000; Costa, 2006; Vaz, 2008; Carvalhais & Sousa, 2011; Oliveira, 2011; Frias, 2012). Para Costa (2006), os cuidados de enfermagem são um processo de construção, o que implica, para além do acto de cuidar, uma reflexão pessoal sobre o seu fundamento, a sua legitimidade, as suas consequências e, as suas dimensões éticas.

Urge a necessidade dos enfermeiros reconhecerem a complexidade das vivências dos doentes idosos crónicos hospitalizados, equacionando desta forma os seus problemas e hierarquizando as suas principais necessidades, dado que os múltiplos complexos e interrelacionados problemas dos doentes idosos hospitalizados são causadores de múltiplos desconfortos. Tal como refere Melleis (2007), no âmbito do estudo das respostas humanas a uma situação considerada de transição (mudança e adaptação), como é o caso da hospitalização, em que se verificam alterações e desconfortos da situação de dependência, é imperativo que os enfermeiros considerem a promoção do conforto dos doentes como essencial, ajudando-os a enfrentar uma das situações enigmáticas duma fase da sua vida.

De acordo com os dados da evidência empírica, é desejável que os enfermeiros reconheçam as necessidades de conforto dos idosos que experimentam momentos de transição, tal como acontece com a hospitalização (Hamilton, 1989; Kolcaba, 2003; Cabete, 2005; Wilby, 2005; Silva, 2006; Oliveira, 2011). Importa ainda salientar que a família que vive, em paralelo, uma fase problemática, deve ser incluída nesta abordagem, podendo apresentar limitações e dificuldades de várias ordens o que, provavelmente, implicará necessidade de ajuda na resolução desses problemas.

No âmbito das necessidades de cuidados de saúde, também Kolcaba (2003) acrescenta que a enfermagem deverá procurar fazer a sua apreciação intencional das necessidades de conforto do doente (fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas), resultantes de situações de tensão, como é o caso da

doença crónica e da hospitalização, a fim de proporcionar medidas/intervenções de enfermagem específicas de conforto e adequadas à melhoria do mesmo. Neste sentido, identificou Morse et, al (1995), como intervenção terapêutica, todas as acções de enfermagem que permitam assistir a pessoa e promover conforto conducentes à satisfação das necessidades da mesma.

Qualquer posição do enfermeiro não pode ignorar a pessoa do doente idoso a que se destina e, a sua família. Não pode ignorar as suas fragilidades e problemas, os seus desejos e expectativas, os seus recursos, a sua história de vida e os seus direitos. A dimensão ética dos cuidados de enfermagem ao doente idoso passa pela necessidade do “não abandono”, da “não indiferença” e do “respeito pela pessoa” – respeito pela sua vida e pela qualidade de vida, sem esquecer a subjectividade que lhe é inerente, pois esta está intimamente ligada ao sentido que cada um dá à vida, ao sofrimento e à morte (Hirsch, 1999).

No âmbito do exercício profissional da enfermagem, não só o Regulamento do Exercício Profissional (REPE, 2011) contextualiza os cuidados numa interacção entre o enfermeiro e a pessoa cuidada definindo algumas intenções que se orientam na individualização dos mesmos, como também o Código Deontológico (Portugal, 2009), como documento normalizador da conduta deontológica do enfermeiro, determina a forma de agir do mesmo. Esta forma de agir deve ser imbuída de conhecimentos técnicos e científicos adequados, e, centrada em acções que se expressam em circunstâncias particulares e que se relacionam com a defesa da liberdade e da dignidade das pessoas. O documento legal aponta aspectos conducentes a uma prática de enfermagem individualizada que, para ser efectivada, exige que seja centrada na pessoa, ao garantir o respeito pela vida e pelos direitos da mesma e, visa melhorar a qualidade dos cuidados, tal como refere Vieira, (2007: 102), “ Dos enfermeiros espera-se, sem dúvida, o cuidado devido, no respeito pelos direitos e necessidades do cidadão”. É com este sentido que os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2001), propõem um conjunto de linhas conceptuais orientadoras da prática de cuidados indispensáveis à individualização dos mesmos. A qualidade de intervenção será conducente a uma prática de cuidar individualizada ao constituir “ aquele [cuidado] que é promovido de acordo com as necessidades, experiências, comportamentos, sentimentos e percepções de cada indivíduo” (Suhonem et al., 2005: 7), que atende à unicidade da pessoa, ou seja, “reconhece a singularidade de um ser humano, a sua individualidade, personalidade e a sua fragilidade” (Waters & Easton, 1999; Hesbeen, 2001). Contextualizamos que a humanização e a individualização da prática de enfermagem se efectivam na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa cuidada, num modo de intervenção próprio e desejável de concretizar o cuidado profissional, com um verdadeiro começo em cada acção, num

compromisso deontológico com base nos valores, princípios, atitudes e comportamentos e, na procura incessante da excelência do exercício na profissão (Vieira, 2007; Oliveira, 2011).

Embora a noção de cuidados geriátricos tenha vindo a evoluir ao longo dos tempos, o crescente número de pessoas idosas veio trazer uma maior expressão e, celeridade a esta dimensão. Se é verdade que o humanismo de uma sociedade se mede pela forma como se cuidam as pessoas mais vulneráveis, parece ser consensual que se procure encontrar respostas, em termos de intervenção de qualidade, nomeadamente, que satisfaçam as necessidades globais das pessoas com risco acrescido ou em situação de diminuição de funcionalidade e que procurem aliviar o sofrimento e recuperar um estado de conforto (Kolcaba, 2003), como é o caso dos doentes idosos hospitalizados. A prática geriátrica surge desta forma como resposta à elevada prevalência de necessidades dos doentes idosos hospitalizados, e exige apoiar-se em conhecimentos científicos, clínicos, teóricos e práticos que favoreçam e demonstrem, na sua prática quotidiana a intenção de entender a globalidade da pessoa. É com esta perspectiva que se poderá referir que os cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada só ganharão o verdadeiro sentido, quando forem revestidos de um carácter intencional, reflectido e guiado pelo conhecimento das necessidades e desejos da mesma. Faz sentido olhar os fenómenos ligados aos cuidados de enfermagem numa lógica de resposta a situações de saúde visando a qualidade de vida destes doentes, o seu bem-estar e o seu conforto, em situação concreta de hospitalização, num serviço de medicina.

3. AO ENCONTRO DO SENTIDO DO “CONFORTO” NA LITERATURA DE ENFERMAGEM: UM PASSADO COM HISTÓRIA

“Curar algumas vezes, aliviar freqüentemente, confortar sempre.”

Oliver Holmes

Neste ponto, começaremos por situar o conceito de conforto na trajectória histórica da enfermagem, com vista a uma melhor compreensão do modo como o conforto é expressão relevante na perspectiva de diferentes teóricos e, em várias teorias de enfermagem, enquanto conceito multidimensional, necessidade da pessoa, dimensão ou componente, objectivo ou resultado do trabalho da enfermagem, ou ainda, processo de ajuda – intervenção – dirigido à pessoa, de modo a contextualizar o fenómeno em estudo. Apresentamos, em seguida, o estado da arte, no momento em que ocorreram as opções de investigação e explicitaremos as interrelacões e formas de expressividade ligadas ao termo conforto, nomeadamente o *bem-estar* e o *estar bem*, procurando uma melhor clarificação destes conceitos.

A literatura de enfermagem evidencia que historicamente o conforto é identificado como um dos elementos do cuidado de enfermagem, universalmente desejável, com relevância actual (McIlveen & Morse 1995; Tutton & Seers, 2003). Considerado para muitos autores apenas como um conceito, é referido como um fenómeno de interesse para a área de enfermagem (Morse, 1983; McIlveen & Morse 1995; Malinowskly & Stamler, 2002; Kolcaba, 2003). A sua origem remonta a 1859 e as primeiras referências surgem com Florence Nightingale, (1859, 2005), para quem o conforto era considerado um dos objectivos primordiais da prática de enfermagem.

Em *Notas Sobre a Enfermagem*, Nightingale (1859, 2005), faz diferentes referências a este conceito, entre as quais “ O alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são que um sinal, que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de uma coisa que as oprimia.” (Nightingale, 2005: 132). Nightingale (1859, 2005) defende ser fundamental fazer uma boa observação da pessoa e do ambiente com o objectivo de salvar a vida, aumentar a saúde e o conforto. O conforto constitui-se como uma meta do cuidado, embora o seu significado tenha mudado ao longo da história por condicionantes que se

prendem com a evolução histórica, política, social, religiosa e tecno-científica, da humanidade, sobretudo das ciências da saúde e da enfermagem em particular (Mussi, 2005; Apóstolo, 2009).

Pelos escritos, sabemos que, no início da era cristã e Idade Média, a enfermagem era uma obra de misericórdia para a salvação da alma e o conforto era o seu objectivo “ (...) importava o conforto da alma do paciente para a sua salvação e a dos agentes da enfermagem (...) ” (Mussi, 2005: 73). Prestavam-se cuidados simples como obra de caridade e conforto espiritual (Oliveira, 2011). Com as alterações inerentes à medicina e aos hospitais, a perspectiva e a noção de conforto sofreu alterações. Assim, entre os séculos XVII e XIX, o hospital é organizado como local de cura, o médico dedica-se ao estudo do corpo das pessoas e a enfermagem concentra-se mais nos aspectos ligados ao ambiente, em detrimento do espírito, executando o enfermeiro ordens médicas. O trabalho de conforto depende destas orientações (Mussi, 2005). Nesta altura, a missão da enfermagem era ajudar o próximo com actividades, a nível físico, ambiental, psicosocial e até mesmo espiritual, as quais hoje, diríamos se constituem como promotoras de conforto da pessoa (Nightingale, 1859/2005; Oliveira, 2011). A revisão mais extensa sobre o tema do “conforto” ao longo do século XX foi feita por McIlveenn e Morse (1995), em três categorias cronológicas. Entre 1900 e 1929 (nos compêndios datados de 1904, 1914 e 1919), o conforto aparece como o foco central e imperativo moral da enfermagem pelo que, “Uma boa enfermeira era aquela que tornava o paciente confortável (...)” e, por isso era recomendada a outros doentes, sendo as intervenções de conforto, essencialmente, de âmbito físico e ambiental (Mussi, 2005: 75). O conforto emocional era atingido sobretudo ao proporcionar conforto físico e, na visão de Harmer, (1926), os cuidados de enfermagem estão relacionados com uma atmosfera geral de conforto (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

No período entre 1930 e 1959, o hospital ganha importância enquanto instituição de saúde. Os médicos adquirem maior relevo e notoriedade. As enfermeiras afastam-se do contacto directo com o doente e são ajudadas por pessoal menos preparado. Os cuidados dirigidos à cura tornam-se prioritários em relação ao conforto, tornando-se este numa estratégia para alcançar os aspectos fundamentais dos cuidados de enfermagem, tal como defende Mussi (2005: 75) “ O conforto deixa de ser a meta final e absoluta da enfermagem, tornando-se numa meta relativa ou uma estratégia para a sua promoção”.

Entre 1960 e 1980, o conforto torna-se um objectivo menor da enfermagem, em detrimento do foco nos cuidados físicos. As grandes mudanças relacionam-se com a expansão tecnológica, atribuindo-se-lhe, à mesma, a responsabilidade de uma menor

importância do conforto neste período. Verificava-se a necessidade de uma maior atenção para actividades mais complexas, passando a enfermeira a ter menos tempo para estar com o doente, sendo que, as actividades mais “simples” fossem relegadas para as auxiliares ou para a família do doente (Mussi, 2005). Embora o conforto emocional fosse tratado e discutido com outra amplitude, havia um domínio no conforto físico (alívio da dor) mediante diferentes acções de enfermagem de âmbito físico, e, “(...) também de intervenções não físicas, como a escuta, empatia, confiança simpatia e diversão.” (Mussi, 2005: 76).

Facilmente se percebe que a ligação ao conforto tem estado presente ao longo dos tempos e, que o sentido da enfermagem, enquanto profissão que procura responder às necessidades de saúde da pessoa humana, se constitui como resposta de cuidado e conforto, sendo este um conceito central da disciplina de enfermagem (Cameron, 1993; Meleis, 1991, 2007; Kolcaba, 2003; Morse, 2000; Tutton & Seers, 2004). É consensual que a atenção ao desconforto no sentido de compreender o conforto e as diferentes medidas utilizadas pelos enfermeiros para o alívio do sofrimento dos doentes, é consistente com a missão da enfermagem.

Embora vinculado à origem e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, só recentemente o conforto e a sua promoção encontram uma maior expressão uma vez que, a ligação ao conforto nem sempre tem sido valorizada da forma merecida (Collière, 1989; Kolcaba, 2003), tendo-se mesmo verificado, na segunda metade do século XX, alguma relutância em utilizar o termo nos cuidados de enfermagem. No entanto, pela sua relevância, parece ser fundamental que se reconheça o valor do conforto e do acto de confortar na prática dos cuidados (McIlveen & Morse, 1995; Malinowski & Stamler, 2002; Kolcaba, 2003) constituindo uma preocupação central do cuidar em enfermagem e apresentando-se como um indicador determinante da qualidade dos cuidados prestados (Cameron, 1993; Meleis, 1991; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2003; 2004; Oliveira, 2011).

O termo conforto é um derivado regressivo de confortar, o qual pode ser considerado em vertentes distintas - nome e adjetivo ou enquanto verbo:

- Enquanto nome e adjetivo – conforto – significa um estado ou percepção de consolo, ânimo, coragem, comodidade, o que fortalece e revigora, ou um estado de se sentir confortado, experiência agradável, sensação de prazer, de bem-estar, de plenitude, (Houaiss & Villar, 2002), ou uma acção e um estado “de consolo recebido ou prestado em momento de preocupação, de aflição” ou “bem estar material, comodidade física

satisfeita”, sendo substituível por “comodidade, conchego, bem-estar, alívio, descanso”(Machado,1991: 213; Houaiss & Villar, 2002: 1035).

- Enquanto verbo – confortar – provêm do latim *confortare*, que significa auxílio, ajuda, consolação, apoio numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade ou “dar forças a , fortalecer, fortificar, animar, alentar, consolar, ” ou “renovar as forças, o vigor, o ânimo, tornar forte” (Machado, 1991: 213; Houaiss & Villar, 2002: 1035). Em Inglês, o termo tem a mesma etimologia que o termo em Português.

Assim, percebemos que, por um lado, o conforto pode ser experimentado pela pessoa (ao ser entendido como um estado relativo ou um resultado dos cuidados) e, por outro, pode ser considerado como elemento de intervenção do enfermeiro no processo de cuidar. É importante perceber que o processo por si só não pode acontecer como uma entidade separada, pois só fica completo até que o produto – o estado/percepção de conforto – aconteça, podendo este ser olhado numa dimensão de continuidade (Apóstolo, 2009).

Dado que a questão do nosso estudo se refere à *natureza do processo de conforto* é com este olhar que definimos o seu atributo: consideramos, de forma integrativa o duplo sentido procurando (i) uma área de intervenção no processo de cuidar – cuidados de conforto que requerem um processo de acções confortantes e, (ii) o estado ou percepção que resulta das acções confortadoras, podendo a experiência de conforto ser a própria ajuda ou a pessoa que ajuda ou ainda, o conforto ser alguma coisa que traz ou dá conforto, (Morse 1983; Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1994, 2003; Watson 1988; Tutton & Seers, 2003).

Muitas definições do conforto aparecem na literatura de acordo com a perspectiva de cada autor. O conceito surge como relevante em trabalhos de diferentes autores, como, Benner, Morse, Meleis, Bécherraz, entre outros e, em várias teorias de enfermagem nomeadamente com Peplau, Josephine Paterson, Lorreta Zderad, Callista Roy, Ida Orlando, Madeleine Leininger, Jean Watson, e Katherine Kolcaba, que contribuíram para o desenvolvimento teórico da disciplina sendo enquadrado como um conceito nobre, (Apóstolo, 2007, 2009; Oliveira, 2011). Para Benner (1984), o conforto é olhado como uma competência do enfermeiro e um objectivo (resultado) da intervenção do mesmo. Orlando (1961) vê o conforto como um foco do papel da enfermagem para satisfazer as necessidades humanas, sendo da responsabilidade da enfermeira aliviar o mal-estar físico

ou mental do doente, pelo que se torna fundamental identificar as suas percepções quanto às suas necessidades, desejos e expectativas.

Não só Peplau considerou o conforto como central na acção dos enfermeiros e satisfação das necessidades das pessoas (Oliveira, 2011), como também Roy o deixa implícito, no seu modelo de Adaptação, estudando as necessidades de conforto psicológico e as respectivas medidas para o aumentar, considerando que a obtenção de um maior nível de conforto é objectivo único da intervenção. Neste modelo, o objectivo é a promoção da adaptação (referente ao processo e resultado) das pessoas, contribuindo desta forma para a saúde e qualidade de vida (Apóstolo, 2007). Também, a teoria Humana de Cuidar de Watson (1985, 1998, 2002), e a teoria dos Cuidados Transculturais de Leininger (1985,1991), contêm a essência do que é a enfermagem, sendo o conforto um componente do cuidar e, por isso, parte integrante de qualquer uma das referidas teorias.

Watson (2002a), ao descrever a enfermagem como uma ciência do cuidado, dá ênfase ao conforto como um aspecto importante, na medida em que permitirá responder à unicidade da pessoa. Com uma orientação existencial e fenomenológica, esta teoria reconhece que os cuidados de enfermagem devem procurar ajudar a pessoa a encontrar um significado para a sua existência obtendo um grau de harmonia ao nível da “mente-corpo-espírito”, e, considera o conforto uma variável resultante do cuidado, além de uma área de intervenção do processo de cuidar que a enfermeira, através de diferentes actividades como o suporte, a protecção ou a correcção do desenvolvimento da própria pessoa, pode controlar. A autora, propõe dez factores de cuidar os quais têm subjacentes uma componente dinâmica e relacionam-se com a satisfação das necessidades e o conforto do doente, a saber: (i) formação de sistema de valores humanisto-altruísta; (ii) instilação da fé-esperança; (iii) cultivo da sensibilidade para consigo próprio e para com os outros; (iv) desenvolvimento de uma relação de cuidar, ajuda-confiança; (v) expressão de sentimentos positivos e negativos; (vi) processo de cuidar criativo na resolução de problemas; (vii) promoção do ensino-aprendizagem interpessoais; (viii) ambiente sustentador, protector, e/ou correctivo mental, física, social, cultural e espiritualmente; (ix) assistência às necessidades humanas; (x) permissão de forças fenomenológicas-existenciais (Watson, 2002a: 130). Destaca-se de forma especial o oitavo factor de cuidado proposto: “O conforto criado pela enfermeira deve ajudar a pessoa a funcionar de modo eficaz tanto quanto o seu estado de saúde/doença lho permita” (Watson, 1998: 97), emergindo o conforto como uma condição que interfere no desenvolvimento interno e externo da pessoa ajudando-a a funcionar de uma forma mais eficaz (Watson, 1998).

Também para Leininger (1988,1990), o conforto é um construto “major” da taxonomia do cuidar, ou seja, é uma parte do cuidar. Torna-se fundamental enquadrá-lo no contexto cultural, isto é, ter em conta o significado que cada pessoa, família ou grupo lhe atribui para que se possam prestar cuidados holísticos, culturalmente congruentes, de acordo com as necessidades e, por isso, considerados de qualidade (Leininger, 1988,1990).

Igualmente influenciadas pela filosofia existencialista, Paterson & Zderad, (1976/1988), referem-se ao conforto como um fim global e definem-no como “um objectivo em direcção ao qual as condições pessoais de ser se movem através dos relacionamentos com os outros, ao interiorizar a libertação do controle dos efeitos dolorosos do passado (...)” (Paterson & Zderad, 1976: 111). Para as mesmas autoras o conforto integra conceitos como: saúde, crescimento, abertura e liberdade e ganha o sentido da enfermagem ao defini-la como “uma resposta confortadora de uma pessoa para outra, em um momento de necessidade (...)” intencionalmente dirigida ao “(...) bem-estar ou ao vir-a-ser.” da pessoa, (Praeger, 2000: 243). A enfermagem alcança este objectivo através duma inter-relação que procura “ (...) fortalecer o estar bem ou o estar melhor de uma pessoa com necessidades percebidas, relativas à qualidade de vida de saúde-doença.” (Praeger, 2000: 244). Verifica-se a existência de um desenvolvimento num contínuo “conforto-desconforto” que alberga quatro critérios os quais possibilitam identificar o estado da pessoa: (i) a sua relação com os outros, (ii) a adaptação emocional ao ambiente, (iii) a compreensão do presente em relação ao passado, (iv) o reconhecimento da capacidade em relação ao futuro (Apóstolo, 2007). Também Cameron (1993) partilha da mesma visão de Paterson & Zderad ao definir o conforto numa perspectiva de autodeterminação do doente em direcção à saúde e ao considerar os enfermeiros como elementos facilitadores do processo de conforto.

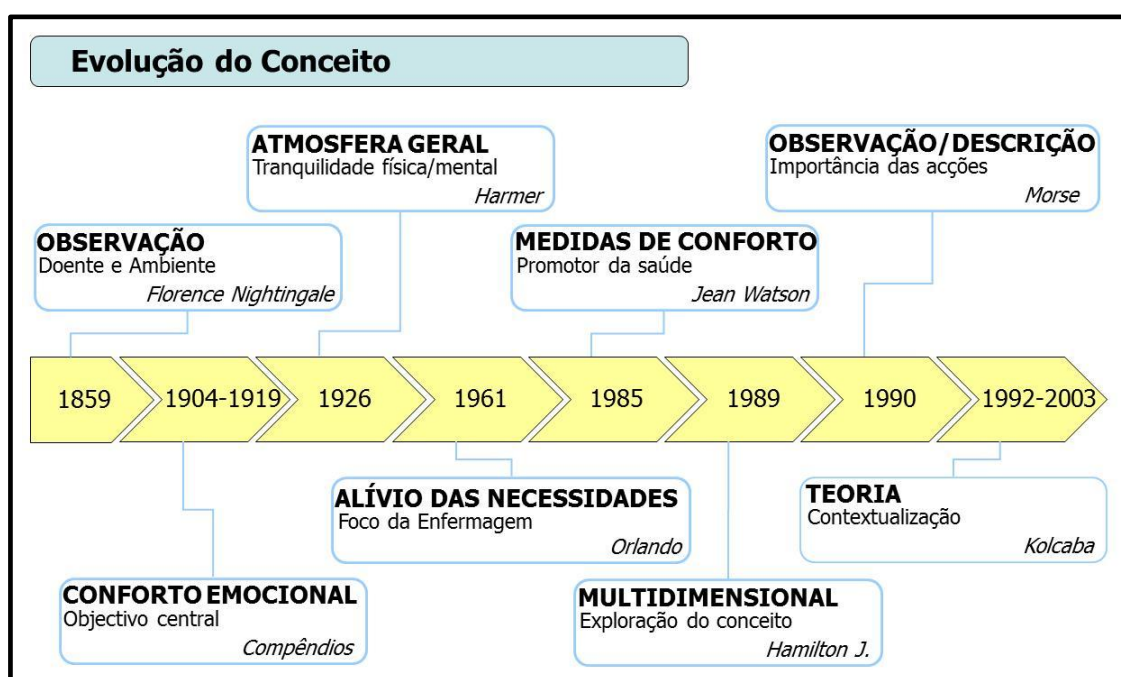
A origem e o significado do termo conforto têm sido estudados com a finalidade de um maior esclarecimento do termo. Na sua continuidade duas teóricas se destacam pela profundidade dos seus trabalhos: Janice Morse e Katherine Kolcaba que defendem que a intervenção de enfermagem é a acção de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção. A partir dos anos 80, Morse, com formação em antropologia, realizou diferentes trabalhos tendo por base a metodologia qualitativa, os quais deram visibilidade ao conceito de conforto no contexto da enfermagem contemporânea, centrando-se essencialmente nas acções dos enfermeiros e considerando o cuidar um construto do conforto. Morse descreve o conforto como o sentido final para as acções de enfermagem e define-o como “o estado de bem-estar que pode ocorrer durante qualquer estágio do contínuo saúde-doença (...)” (Morse, 1992: 93). A saúde aparece como um propósito marcado, ainda que para isso a pessoa tenha que vivenciar pequenos desconfortos, podendo o conforto permanecer na

sombra do desconforto (Bottorff, 1991; Morse, 1992; Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995). O conforto consiste num alívio, mesmo que temporário, de grande parte dos desconfortos, tratando-se desta forma do fortalecimento do doente na sua relação com o corpo (Morse, 1992; Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995). Os enfermeiros respondem às necessidades dos doentes no sentido de os ajudar a suportar o desconforto, tendo por base as suas competências profissionais. Confortar é um acto complexo que não se resume a ter os doentes na cama bem posicionados e quentes e, o conforto é muito mais que o alívio da dor, é o assegurar as necessidades de alimentação ou de eliminação, entre outras (Morse, 1995, 2000). Promover conforto é estar atento a todas as manifestações de distress, ter em conta todas as dimensões do ser humano e providenciar medidas para alívio do sofrimento (Morse, 1992, 1995, 2000).

Katherine Kolcaba (1994, 2003, 2009) especializou-se em gerontologia e a partir dos anos 90, dedicou-se à conceptualização e operacionalização do conforto – faz a análise do conceito de forma a clarificar o significado do mesmo, constrói uma estrutura taxonómica dos seus aspectos, contextualiza-o numa teoria de médio alcance, testa a sua teoria num estudo com doentes idosos com Alzheimer e desenvolve vários instrumentos para avaliar a experiência de conforto, entre os quais, o *General Comfort Questionnaire* (Kolcaba & Steiner, 2000; Kolcaba, 2003).

Sintetizando, o sentido do conceito de conforto tem seguido o seu percurso com uma evolução cronológica, como podemos visualizar no diagrama 1:

Diagrama 1 – Evolução do Conceito de “Conforto”



Kolcaba considera o conforto como “um resultado essencial do cuidado de saúde (...) um estado holístico e complexo (...)”, (Kolcaba, 2003: 16), um estado resultante das intervenções de enfermagem e define-o teoricamente como “a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental” (Kolcaba, 2003: 14), “muito mais que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2003: 254), podendo ser perspectivado como a experiência de ser ajudado, suportado ou encorajado. O alívio é o estado de conforto em que uma necessidade foi satisfeita, representa a “experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica”, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade é o “estado de calma, sossego ou satisfação” necessário para um desempenho eficiente e a transcendência consiste no “estado no qual é possível superar problemas ou dor” (Kolcaba, 2003: 9-15). A transcendência implica um crescimento; na medida em que, cada pessoa tem a possibilidade de sentir capacidade e potencial para planear, controlar e resolver os problemas, sendo também chamado de renovação.

Os três estados acima referidos desenvolvem-se em quatro contextos da experiência: (i) “físico”, o que diz respeito às sensações corporais – esta dimensão engloba aspectos que afectam o estado físico como o relaxamento e o descanso, níveis de eliminação e hidratação, equilíbrio hidroelectrolítico, oxigenação celular, dor, posicionamento, diferentes indicadores metabólicos e ainda outros aspectos de tratamento e condições médicas; (ii) “psicoespiritual”, ligado à consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, a sexualidade e o sentido de vida, podendo igualmente englobar uma relação com uma ordem ou um ser superior; (iii) “sociocultural”, referente às relações interpessoais, familiares e sociais – inclui ainda aspectos financeiros e relacionados com a vida social; (iv) “ambiental”, centrado nos aspectos como a luz, o barulho, o equipamento (mobiliário), a temperatura, a cor e os elementos artificiais e naturais do meio (Kolcaba, 2003).

Os pressupostos básicos da teoria remetem para as seguintes ideias (Kolcaba, 2003): (i) o conforto é um resultado desejável, holístico e as pessoas procuram activamente satisfazer ou ter as suas necessidades de conforto satisfeitas, (ii) os enfermeiros, que são julgados pela capacidade de terem os seus doentes confortáveis, em conjunto com outros membros da equipa, identificam as necessidades não satisfeitas do doente, definem e planeiam intervenções de acordo com essas necessidades, no sentido de aumentar o conforto (iii) os doente e os enfermeiros concordam sobre o que é desejável e realista e o objectivo intencional do aumento do conforto é conseguido, se as intervenções forem

apropriadas e implementadas de forma correcta, (iv) as variáveis intervenientes são tidas em conta no planeamento das intervenções, com o objectivo de aumentar o conforto, (v) se o aumento de conforto é atingido, os doentes sentem-se fortalecidos e são incentivados a procurar estilos de vida saudáveis; se assim for, doentes e enfermeiros ficam mais satisfeitos com os cuidados de saúde o que faz com que, numa determinada instituição, se conservem as boas normas e práticas e o seu bom funcionamento.

Embora para Kolcaba (2003: 132), o cuidado de conforto seja um cuidado simples e intuitivo, é igualmente “(...) uma arte de enfermagem que compreende o processo de confortar por uma enfermeira a um doente e o resultado de conforto aumentado”, ou seja, constitui o processo e o seu respectivo resultado, o que de certa forma nos remete para um processo exigente. É neste sentido, que Kolcaba (2003) alerta para a importância dos enfermeiros procurarem ter uma correcta percepção das necessidades de conforto totais do doente (as quais têm subjacentes as sensações físicas, a vida espiritual, as interações sociais e os aspectos ambientais), das intervenções dirigidas para suprir as necessidades específicas (quando não satisfeitas pelo próprio ou pelo seu sistema de suporte) como também perceberem se o conforto (resultado) foi conseguido, quer subjectiva quer objectivamente (a avaliação das medidas ou intervenções). A investigação demonstra que os doentes que se sentem confortáveis ficam mais fortalecidos, conseguem superar melhor as dificuldades e os obstáculos, adaptam-se melhor às limitações, curam-se mais depressa e reabilitam-se de uma forma mais completa, relativamente aos que estão desconfortáveis (Kolcaba, 1994; Steiner & Kolcaba, 2000; Kolcaba, 2003).

Oliveira (2011), no seu estudo de doutoramento, construiu uma teoria substantiva a que chamou – Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões – sobre a construção do cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada em cuidados agudos. Na presente teoria, confortar “ (...) emerge como um processo que explicitamente procura equilibrar os diferentes concorrentes objectivos terapêuticos em presença” exigindo por isso um “processo de *individualização da intervenção conciliadora de tensões*” (Oliveira, 2011: 204). A autora acrescenta que o cuidado, para ser confortador, tem que ser adequado à pessoa, dando resposta à sua singularidade e necessidade, sendo no entanto complexo, provisório, inespecífico, circunstancial, paradoxal, integrador, de compromisso e individualizado (Oliveira, 2011).

Para além do exposto, parece fazer todo o sentido compreender o enquadramento do conforto nas taxionomias de enfermagem. Assim, considerado o conforto como um foco de atenção da disciplina humana do domínio da enfermagem, é definido na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), como um “*status* com as

características específicas: Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2006: 94). Também, na classificação da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), o conforto aparece como diagnóstico de enfermagem “ potencial para melhorar, definido como padrão de bem-estar, alívio e transcendência em dimensões físicas, psicoespirituais e do meio envolvente e/ou que possam ser fortalecidas” (Doenges & Moorhouse, 2010: 215). Na Noc (Nursing Outcomes Classification), o conforto surge como resultado das intervenções de enfermagem para o diagnóstico relacionado com a perturbação do campo energético. “Nível de Conforto” aparece definido como “extensão da percepção positiva do quanto o indivíduo se sente física e psicologicamente à vontade” (Johnson et al., 2009: 99). É ainda de realçar que o resultado de conforto se encontra ligado com o de “Bem-estar Pessoal”, definido como “a satisfação que o indivíduo manifesta com o seu estado de saúde e circunstâncias de vida” (Johnson et al., 2009: 99). Pela proximidade do conforto com o bem-estar e tendo em conta os achados do nosso estudo, voltaremos mais à frente a estes conceitos.

Em jeito de síntese, pela análise da literatura, evidencia-se que o conforto é considerado como um objectivo, um resultado e um padrão dos cuidados de enfermagem universalmente desejável, bem como uma experiência subjectiva e uma necessidade humana (Watson, 2002; Kolcaba, 2003; Yoursefi et al., 2009; Oliveira, 2011). O estado de conforto é mais do que o alívio do desconforto. É entendido como um fenómeno positivo, um estado imediato e multidimensional, expresso pela subjectividade “ (...) de quem é ajudado, de quem sente alívio, encorajamento ou de quem se percebe satisfeito com o estar física ou mentalmente bem, liberto de dificuldade, ansiedade ou dor, de quem se percebe cómodo ou com prazer (...)” (Oliveira, 2011: 11). O conforto é promovido através das intervenções de enfermagem. Confortar constitui um factor de cuidado (Watson, 2002) e uma competência do enfermeiro (Benner, 2001). O conforto é concretizado através de um processo intersubjectivo revestido de complexidade, que se caracteriza pela exigência perante a unicidade e singularidade de cada pessoa doente, num determinado contexto que não pode ser ignorado (Paterson e Zderad, 1976; Mcllven & Morse, 1995; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Apóstolo, 2007; Rosa et al., 2008; Oliveira, 2008, 2011; Yoursefi et al., 2009). A procura da satisfação das necessidades do doente enquanto pessoa, pressupõe uma acção norteada pela intencionalidade e individualização e pelos requisitos de atitude e competência por parte do actor de conforto (Cameron, 1993; Tutton & Seers, 2004; Apóstolo, 2007; Yoursefi et al., 2009; Oliveira, 2011).

3.1. O “CONFORTO”: ESTADO DA ARTE

A origem e o significado do termo “conforto” foram estudados com a finalidade de esclarecer o seu uso na prática, na pesquisa e na teoria de enfermagem e, como já referimos, tem sido desenvolvido em diferentes estudos e obras na área da enfermagem.

Na pesquisa realizada, encontraram-se vários estudos a nível internacional, que têm procurado explorar o conceito ora na perspectiva dos clientes, ora dos prestadores de cuidados, ou ainda relacionados com intervenções específicas que ajudam a obter conforto (Morse, 1983; Kolcaba & Kolcaba, 1991, Kolcaba, 1994; Cameron, 1993; McIlveen & Morse, 1995; Bottorf, Gogag, & Engelberg-Lotzkar, 1995; Malinowski & Stamler, 2002; Mussi, 2005; Wilby, 2005). Nos estudos referidos, conclui-se que as definições são variadas, o conceito é basilar na profissão, estando o conforto associado a um estado de bem-estar físico e mental e olhado, ora como procedimento, ora como objectivo desejado, ora ainda como antagónico ao desconforto.

Relativamente à exploração deste fenómeno, um estudo de natureza qualitativa procurou compreender a opinião dos enfermeiros, no que diz respeito à forma como promovem os cuidados de conforto aos doentes internados num serviço de urgência (Heterich, 2004). O estudo concluiu que, não só era necessário haver uma maior consciencialização das práticas de cuidados de enfermagem que promovem conforto, como também se deveria investigar de que forma é que o conforto é percebido pelos doentes, uma vez que este é considerado o objectivo último dos cuidados de enfermagem.

Encontrámos ainda alguns estudos a nível internacional que procuraram investigar este fenómeno, inserindo-o num determinado contexto de culturas e grupos etários, nomeadamente na enfermagem cirúrgica, oncológica, ortopédica, unidades de cuidados intensivos, cuidados paliativos, radioterapia, saúde mental, geriatria, asilos, entre outros, (Morse, 1983; Cameron, 1993; Bottorf, Gogag & Engelberg-Lotzkar, 1995; Mussi, et al, 1996; Kolcaba, & Steiner, 2000; Panno, et al 2000; Cáster & Bhatia, 2001; Bécherraz, M. 2002a; 2002b; 2002c; 2002d; Walker, 2002; Tutton, & Seers, 2004; Meyer & Sturdy, 2004; Kolcaba, 2003, Wilby, 2005; Bland, 2007; Rosa et al., 2008; Yousefi, et., al, 2009).

Os resultados demonstram que o conforto surge como um conceito tangível e um estado dinâmico. Os achados realçam o contexto da experiência do conforto na dimensão física, social e psicoespiritual. Para os doentes, a vivência de conforto está relacionada essencialmente com o alívio do desconforto. O conceito aparece também ligado à saúde, ao carinho, ao toque, ao estar em paz, à conversa e à presença de família e de amigos significativos. A avaliação do desconforto/conforto pelo enfermeiro vai além da interpretação de sinais e sintomas, estando relacionada com a autonomia e o equilíbrio pessoal e

ambiental. Os resultados tornam-se inconclusivos relativamente à forma como os cuidados de enfermagem se constroem no contexto do encontro entre a pessoa e o enfermeiro, sendo recomendada a sua investigação.

Por outro lado, Wilson, (2002), no seu trabalho de doutoramento procurou perceber a relação que existia entre o conforto do doente hospitalizado e o apoio oferecido pelos cuidados de enfermagem. Os resultados são evidentes no que diz respeito à necessidade de se procurar perceber e atender as necessidades de conforto do doente que vive uma situação de internamento, já que tal facto minimizará a experiência de sofrimento inerente à sua situação e tornará o doente mais seguro e confortável, isto é, com mais qualidade de vida. Ainda a nível internacional e relativamente aos doentes idosos, encontraram-se poucos estudos. Hamilton (1989) realizou um estudo onde procurou explorar o significado de conforto – o que contribui para o conforto, o que o diminui e como estar confortável, na perspectiva de 30 doentes idosos hospitalizados. Concluiu que o conforto assenta numa perspectiva holística estando relacionado com aspectos relativos ao processo de doença, à vida hospitalar, ao posicionamento, às abordagens e às atitudes da equipa e ainda ligado com a auto-estima. A mensagem final é que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes, sendo necessário continuar a sua exploração.

Encontraram-se ainda outros estudos desenvolvidos por Kolcaba, (2003) na área dos idosos, na vertente ortopédica e em idosos com doença de Alzheimer nos quais se procurou avaliar o nível de conforto, destes doentes, mediante instrumentos desenvolvidos pela autora. A constatação de que as acções de enfermagem devem responder às expectativas e necessidades dos doentes é igualmente referenciada.

Em Portugal, a temática suscitou interesse junto de investigadores, os quais já realizaram algumas pesquisas. Assim, foi validada uma escala de avaliação do conforto segundo o modelo operacional do mesmo, desenvolvida por Kolcaba (2003) e construída por Gameiro & Apóstolo, (2004) para avaliar o nível de conforto em doentes a realizar quimioterapia no hospital de dia e, mais tarde, foi realizado um estudo descritivo que procurou descrever as características de sofrimento e de conforto neste tipo de doentes como também, analisar a relação existente entre os mesmos (Apóstolo, et.al. 2006).

Posteriormente, Apóstolo (2007) desenvolveu o seu estudo de doutoramento em contexto psiquiátrico desenvolvendo um programa de intervenção – o imaginário conduzido no conforto de doentes. Concluiu que as pessoas sujeitas ao imaginário conduzido demonstraram um aumento de conforto total não só nos estados de alívio e transcendência como também nos contextos, físico, psicoespiritual e sociocultural. O conforto foi associado a vivências, tais como: melhoria da condição física, sentido mais elevado de auto-estima,

auto-confiança, auto-conceito e auto-controlo, maior paz de espírito e maior relaxamento corporal, mais alegria e satisfação/prazer, entre outras (Apóstolo, 2007).

Noutra vertente, Oliveira (2008) realizou um estudo com uma abordagem fenomenológica que procurou compreender a experiência vivida pelo enfermeiro e o significado de confortar a pessoa adulta e a pessoa idosa hospitalizada. Os resultados apontam para uma estrutura que assenta num processo complexo, fundado no compromisso moral e ético do enfermeiro que procura, de forma incessante, um maior conforto possível. Trata-se por isso, de um processo pessoalmente exigente, interactivo e criativo de intervenção e decisão com e a favor do doente hospitalizado (Oliveira, 2008). A mesma autora, no seu trabalho de doutoramento, já terminado no decorrer da nossa investigação, procurou compreender como o enfermeiro constrói com a pessoa idosa hospitalizada um cuidado experienciado como confortador, partindo de uma abordagem interpretativista pelo método da *Grounded Theory*. Para a sua compreensão considerou a díada, enfermeiro e cliente, envolvida no confortar e na experiência que daí decorre. Os achados identificam a importância de uma intervenção individualizada, adequada ao particular, com a pessoa numa interacção que, simultaneamente, possibilita conciliar as tensões em presença para obtenção de resultados centrados na mesma (Oliveira, 2011).

A análise dos estudos relatados evidencia que a percepção do conforto pode variar em função da cultura, do sexo, das circunstâncias que desencadeiam a necessidade de conforto, do estado de saúde, da experiência da doença, do ambiente e das expectativas/necessidades das pessoas. A investigação é clara ao demonstrar a importância de fazer pesquisas, procurando descobrir como o conforto é experimentado pelos doentes e utilizado pelos enfermeiros para melhorar os cuidados de enfermagem, resultando na necessidade de se estudar o fenómeno do conforto numa perspectiva simultânea e integrativa, no que se refere não só ao modo como se constrói o cuidado confortador (acção) e a experiência da pessoa ser confortada (interacção dos actores envolvidos), mas também tendo em conta particularidades e especificidades inerentes ao contexto situacional os quais concorrem para o conforto da pessoa idosa hospitalizada.

É nesta contextualização que nos fez sentido compreender o que fundamenta a natureza do processo de conforto do doente idoso que vivencia uma situação de doença crónica e de hospitalização – a interrelação entre a estrutura, construção e resposta do conforto e suas especificidades, num contexto específico de internamento hospitalar. Esta perspectiva, implica aceitar a subjectividade da experiência do conforto, o que leva também a ter em conta a natureza intersubjectiva e interactiva do processo do mesmo (Paterson & Zderard, 1976; Mussi, 2005; Oliveira, 2011). Desta forma, com a finalidade de determinar a melhor evidência disponível relativamente ao fenómeno em estudo, realizámos em 2011

uma revisão sistemática de literatura, procurando identificar estudos de natureza qualitativa que tivessem como participantes os doentes idosos hospitalizados e enfermeiros/prestadores de cuidados. Identificámos e analisámos quatro estudos primários⁹ cujos achados se expressam da seguinte forma:

- O processo de construção e resposta de conforto do doente idoso crónico hospitalizado alicerça-se numa acção de cuidado baseada no respeito e no reconhecimento da individualidade do sofrimento da pessoa humana e caracteriza-se pela relação entre as necessidades experienciadas pelo doente e o trabalho de enfermagem/prestadores de cuidados, devendo as acções/estratégias procurar responder aos desejos, às expectativas e às necessidades individuais dos doentes.

- O processo de conforto é individual, relativo a um momento particular e caracteriza-se pela sensação de tranquilidade, comodidade e satisfação, e ainda pela possibilidade e expectativa de se poder obter o desejado em qualquer momento.

- O processo de conforto é revestido de um carácter intencional. Constrói-se mediante acções e intenções dos enfermeiros/prestadores de cuidados dirigidas ao doente e às suas necessidades globais, onde se destaca a atenção ao cuidado diário – “as pequenas coisas” – e a atitude pessoal dos prestadores de cuidados: o reconhecimento do doente, o respeito, a sensibilidade, o compromisso, a preocupação, o conhecimento (o doente é olhado como um “amigo”), a proximidade física e afectiva, a comunicação, o toque e o humor.

- O conforto poderá situar-se na “sombra” do desconforto principalmente porque é reconhecido quando o doente já viveu um estado de desconforto e está relacionado com as necessidades experienciadas. A avaliação específica das necessidades de conforto é necessária e fundamental para uma intervenção de enfermagem holística e abrangente.

- O conforto surge como conceito tangível e as experiências de conforto do doente idoso hospitalizado relacionam-se com as manifestações de desconforto e os modos/formas de as aliviar, que vão desde à possibilidade de o doente aliviar o seu próprio desconforto, à diminuição de agressões, à assistência religiosa, à presença e apoio da família, e ao suportar/preservar a vida diária no hospital - mesmo que isso seja sentido como um desconforto.

- Para o doente, a resposta de conforto é alicerçada na experiência de satisfação face ao presente e ao futuro, na procura de alcançar o controlo sobre a sua situação de vida e na percepção de uma vida normal durante a hospitalização.

Foi possível, através dos estudos revistos, obter dados que respondam, se bem que de forma particular e parcialmente, aos fundamentos e especificidades que caracterizam o

⁹ Bécherraz, M. (2002a; 2002b; 2002c; 2002d); Bottorf, J., Gogag, M. & Engelberg-Lotzkar, M. (1995); Tutton, E. & Seers, K. (2004); Yousefi, H. et., al, (2009).

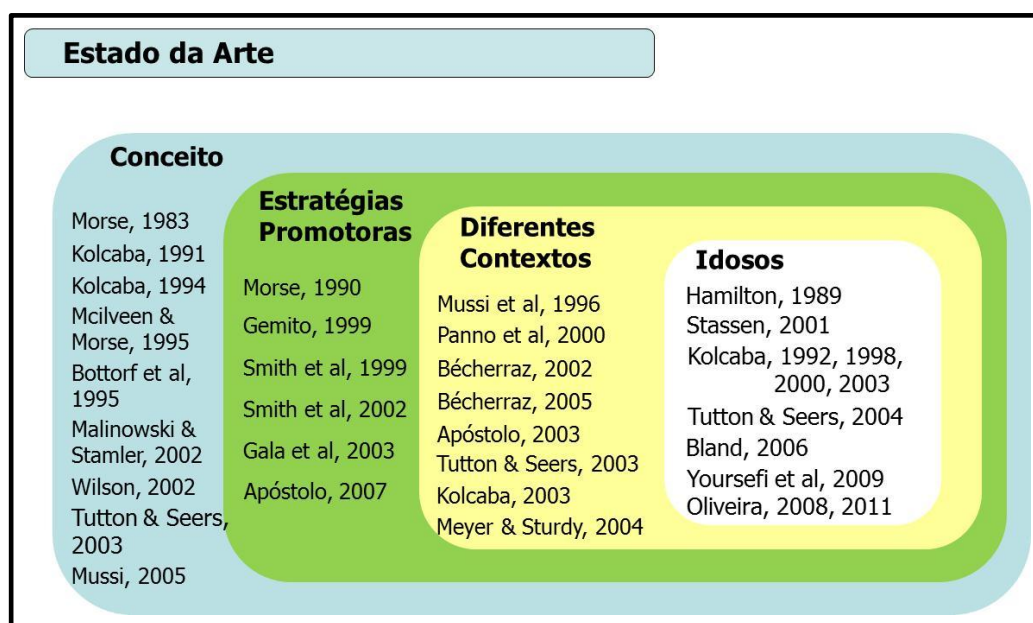
processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado. Para além dos estudos não nos terem parecido suficientemente exaustivos relativamente ao tema em questão, as características dos grupos de participantes (adultos e idosos) tornam os achados inconclusivos para o grupo populacional do nosso estudo. Para além dos aspectos referidos, também o pequeno número de estudos encontrados conduz necessariamente à necessidade de uma maior clarificação sobre o tema em estudo, o que vem contribuir para suportar e fundamentar a nossa investigação, que procura compreender a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar.

Consideramos que a revisão da literatura efectuada se revelou essencial para delimitar o fenómeno em estudo. Pela análise da literatura e nos trabalhos nacionais e internacionais que consultámos, evidencia-se que o conforto e o desconforto devem ser olhados como estados antagónicos e subjectivos. A constatação de que o conforto pode ter significados diferentes para pessoas diferentes e a falta de uma clara compreensão dos aspectos inerentes ao mesmo em determinadas situações, justifica a sua exploração, em investigações múltiplas. De todas as definições encontradas uma noção é comum em todas elas: a procura da satisfação das necessidades do doente, enquanto pessoa, pressupõe um conhecimento do fenómeno na perspectiva dos sujeitos que o experimentam e a sua interacção com a prática dos profissionais que o proporcionam, numa acção baseada no respeito pela individualidade e subjectividade entre o cuidador e pessoa cuidada.

Nas investigações referidas constatamos, igualmente, que existe um conhecimento pouco claro no que diz respeito à natureza e estrutura do processo de conforto e suas especificidades, nomeadamente, no que respeita a estudos de natureza empírica com doentes idosos crónicos hospitalizados.

Em jeito de síntese apresentamos o diagrama 2:

Diagrama 2 – Estado da Arte do “Conforto”



3.2. O “BEM-ESTAR E O ESTAR BEM”: O CONFORTO E A SUA EXPRESSIVIDADE

São poucas as referências escritas acerca do “bem-estar” e do “estar bem” na sua relação com o conforto, embora os termos sejam por vezes utilizados como conceitos similares, próximos e explicitamente sinónimos, (O’Brien, Evans & Medves, 1999; Kolcaba, 2003; Giacomoni, 2004; Galinha & Ribeiro, 2005; Fonseca, 2006; Passareli & Silva, 2007; Newson, 2008; Oliveira, 2011). Na pesquisa realizada não encontrámos nenhuma análise comparativa sobre os termos; no entanto, na literatura de enfermagem Kolcaba (2003) tem a preocupação de os distinguir, pelo que nos parece fazer sentido a sua clarificação, não só pela sua similaridade como também tendo em conta os achados deste estudo.

O “bem-estar” e o “estar bem” surgem como conceitos frequentemente utilizados e, muitas vezes, usados de forma “desmedida, e no dia-a-dia”, entre leigos e profissionais o que os leva a ser pouco precisos e, muitas vezes, usados indistintamente (Oliveira, 2011). Procuramos delimitar teoricamente estes conceitos. Assim, constatamos que o “bem-estar” é definido como um “estado de satisfação plena das exigências do corpo e/ou do espírito, sensação de segurança, conforto, tranquilidade” (Houaiss & Villar, 2002: 556) ou ainda “estado de quem vive com descanso e comodidade” (Machado, 1991: 549). É igualmente utilizado como sinónimo de saúde, felicidade, prosperidade, paz e satisfação com a vida, ou também, como sinónimo ou indicador de qualidade de vida (Acton, 1944; Kolcaba, 2003; Diener & Ryan, 2009), ou ainda como sinónimo de “estar bem” (*wellness*) (Mackey, 2009).

O estudo do “bem-estar” tem recebido especial atenção e incremento, na última década. Recorrendo a diferentes terminologias e delimitações teórico-conceituais, surge como uma área de estudo extremamente ampla, cuja investigação reflecte importantes diferenças na concepção e operacionalização deste conceito (Novo, 2003). No enquadramento da disciplina e prática da enfermagem, o “bem-estar” define-se como “saúde com as características específicas: Imagem mental, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para outras pessoas ou satisfação com a independência” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2006: 95). Pode ainda ser perspectivado em diferentes facetas: bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Apesar de se verificar, nesta definição, alguma ligação com o conforto, o seu sentido enquanto bem-estar físico é evidente, como podemos ver pela sua definição: “bem-estar com as características específicas: Imagem mental de estar em boas condições físicas ou conforto físico, satisfação com controlo de sintomas tais como o controlo

da dor ou estar contente com o meio físico envolvente”. (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2006: 95).

Enquadrado na área da saúde, o “bem-estar”, apesar de ser considerado uma dimensão positiva, dificilmente estabelece uma relação clara que garanta o seu sentido, dado que é um conceito subjectivo, relativo, alicerçado na diferente forma que cada ser humano define o seu “bem-estar” (Galinha & Ribeiro, 2005). O “bem-estar” representa uma atitude face à saúde que implica uma relação estreita entre todas as vertentes e componentes individuais. Por estar em constante adaptação, dependente de cada um, do momento e do meio envolvente, torna-se por isso efémero (Sarvimaki & Stenbock-Hult, 2000). Apresenta-se assim como um estado dinâmico de saúde, no qual o indivíduo progride em direção a um nível elevado de funcionalidade, atingindo um equilíbrio óptimo entre o meio interno e externo. O “bem-estar” é então uma percepção pessoal, sendo o seu significado e definição variável de indivíduo para indivíduo, de acordo com o que cada um considera normal em função das suas próprias experiências, mediante uma intervenção efectiva dos factores culturais, sociais, religiosos, entre outros, e dos conceitos vigentes no meio em que se encontra inserido.

A abrangência do conceito coloca-o na intersecção de vários domínios da Psicologia e, neste âmbito, surgem duas perspectivas actuais que se organizam em redor de dois modelos centrados em domínios diferentes e designados por: Bem-Estar Subjectivo (Subjective Well-being – SWB) com ênfase na felicidade e Bem-Estar Psicológico (Psychological Well-Being - PWB) com ênfase na saúde mental, os quais, apesar de percursos e orientações diferentes, partilham objectivos comuns (Novo, 2003).

O “bem-estar” subjectivo (também chamado de felicidade), como componente da Psicologia Positiva¹⁰, constitui uma forma de avaliar a qualidade de vida da pessoa e é definido por Novo, (2003: 22), como “um domínio que se refere ao bem-estar global avaliado a partir da Satisfação com a Vida e da Felicidade”. Sujeito a um olhar crítico, outros autores, advertem que o “bem-estar” subjectivo deve ser perspectivado como um domínio multifacetado de interesses, não se limitando a um conceito único, justificado pela abrangência de fenómenos que incluem respostas emocionais e avaliações globais em relação à satisfação de vida (Diener, et al., 1999; Villar, et al., 2003; Diener & Ryan, 2009; Lima, 2010). Alguns dos autores acima referidos identificaram três componentes principais que sustentam o “bem-estar” subjectivo: a satisfação de vida, o afecto positivo (que engloba emoções como a alegria, o orgulho e a afeição) e baixos níveis de afecto negativo (que

¹⁰ Psicologia Positiva é um importante novo campo de estudos da Psicologia contemporânea que pode ser definido como o estudo científico de emoções positivas, forças e virtudes humanas. Procura uma compreensão mais científica, mais completa e mais equilibrada sobre as experiências humanas. (Passarelli & Silva, 2007: 513).

englobam emoções negativas como a culpa, a vergonha e a tristeza) (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Diener, Kesebir & Lucas, 2008). Esta forma de “bem-estar”, tem em conta a avaliação que as pessoas fazem da sua vida, com base nos valores, nos objectivos, nos interesses, nos desejos, nas necessidades, nos sentimentos pessoais, nas potencialidades e nos direitos, entre outros critérios, o que faz com que se constitua como uma modalidade, verdadeiramente subjectiva, de compreensão do “bem-estar”, sempre com o “eu”, como centro de referência (Christopher, 1999; Lima, 2010; Oliveira, 2010).

Quanto ao “bem-estar” psicológico, apresenta-se como um constructo multidimensional, do funcionamento psicológico, enraizado na natureza humanista (Fonseca, 2006), e define-se como “uma qualidade de funcionamento que não se constrói por referência ao próprio, mas por referência aos outros e ao mundo, em que a própria descoberta só acontece na relação intersubjectiva, pelo que a esfera do relacionamento interpessoal deverá ser concebida como a matriz de base à construção da identidade pessoal e do bem-estar psicológico” (Novo, 2003: 15). Esta forma de “bem-estar” associa-se a uma avaliação positiva da vida pessoal e está ligada a sentimentos positivos, devendo orientar-se para a compreensão das dimensões que, de certo modo, reflectem a situação que a pessoa ocupa na vida, tais como: a autonomia, as relações positivas com os outros, o crescimento pessoal, a satisfação com a vida, a auto-aceitação, a auto-estima, o ânimo, o domínio do meio e os objectivos de vida (Novo, 2003; Fonseca, 2006). Os mesmos autores adiantam que este tipo de “bem-estar” adquire uma certa relevância quando aplicado à situação das pessoas idosas, quer pelo próprio envelhecimento e respectivas ameaças, quer pela adaptação bem-sucedida às situações desafiantes e consideradas de transição que acontecem com o passar dos anos (Paúl, 1992; Fonseca, 2006). Paúl (1992) acrescenta ainda que, a satisfação com a vida caracteriza o equilíbrio efectivo entre o ambiente que o idoso está inserido, o seu meio interno e todos os outros fenómenos pessoais, presentes aos mais diversos níveis e, refere-se ” (...) à avaliação que as pessoas fazem da vida como um todo, reflectindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações, (...) ” (Paúl, 1992: 62).

Embora se apresente esta dupla perspectiva, o conceito “bem-estar” constitui um termo global usado para descrever o *Bem-Estar numa perspectiva abrangente*, como o resultado de um conjunto de processos cognitivos, afectivos e emocionais (...)”(Novo, 2003: 48). Desta forma, possibilita a descrição de dimensões relacionadas com a vivência subjectiva que “(...) constituem as vias de construção do Bem- Estar Psicológico e reflectem, naturalmente, os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as

suas condições de vida sociais, relacionais, com realizações pessoais do passado e com as expectativas de futuro”(Novo, 2003: 49).

Como já referimos, também o “estar bem” (*wellness*) é um conceito que aparece na literatura e que está relacionado com a “qualidade ou estado de estar de boa saúde” (Merriam-Webster Dictionary, 2000), estando assim ligado a uma forma de estar orientada para um melhor funcionamento, já que é “um método integrado de funcionamento orientado para maximizar o potencial de que uma pessoa é capaz” (Dunn, 1961 citado por Hemstrom-Krainess, 2006: 628-629). Apesar de, na literatura consultada, podermos constatar alguma dificuldade na clareza conceptual deste conceito, o “estar bem” parece estar ligado ao conceito de “(...) saúde (enquanto objectivo) ou de auto-satisfação e o seu objectivo é a auto-realização” (MacKey, 2010; Oliveira, 2011: 17). Quando a saúde física é ameaçada ou mesmo declina é de admitir que o “estar bem” se encontra ameaçado, sendo perspectivado mais como um estado potencial do que um estado actual (Mackey, 2009). No entanto, a mesma autora acrescenta que o “estar bem” pode igualmente ser definido como uma experiência subjectiva e actual, podendo ser visto como uma vertente do “bem-estar” no que se refere à dimensão saúde deste conceito (MacKey, 2010; Oliveira, 2011).

Parece haver alguma relação quando se relaciona o conceito “estar bem” com o conceito de “saúde” em oposição à “doença” (*illness*), constituindo assim a “saúde” o estado clínico, – objectivo – e, o “estar bem” – o estado subjectivo que é percebido e que reflecte a qualidade do estado interno de uma pessoa, sendo no entanto um indicador não observável associado a um estado ou percepção momentânea (Mackey, 2010; Oliveira, 2011). Decorrente deste sentido, parece haver um elo de ligação entre os conceitos “estar bem” e “bem-estar”, em matéria de orientação conceptual.

Apesar de, na literatura e na prática de enfermagem, não ser muito evidente a articulação destes dois conceitos, verificamos que o “bem-estar” e o “conforto” surgem frequentemente “entrecruzados” com aspectos em comum sendo o “bem-estar” apontado como elemento relacionado com as definições de conforto, o que caracteriza a sua concepção subjectiva (Mussi et al., 1996; Oliveira, 2011). Nas definições encontradas acerca do conceito de “conforto” temos expressões como: “sensação de bem-estar mental, físico ” ou “estado de comodidade e bem-estar” ou ainda, “estado de bem-estar que pode ocorrer durante qualquer situação do contínuo saúde-doença” ou também “estado de bem-estar em qualquer estado de saúde ou doença (Kolcaba & Kolcaba, 1991; McIlveen & Morse, 1995; Morse, 1995; Siefert, 2002).

Parece haver algum cruzamento entre “conforto” e “bem-estar”, quando nos reportamos ao significado de “conforto” como um estado de alívio, de tranquilidade, ainda que este possa ser temporário, já que a sensibilidade para o desconforto é relativa para a pessoa (McIlveen & Morse, 1995, Kolcaba, 2003). Também para Benner & Wubrel (1989) o “bem-estar” parece aproximar-se do “estar-bem” e associa-se ao conforto, na medida em que o “bem-estar” se relaciona com o “cuidado” e a experiência de “se sentir cuidado”, e o conforto aparece indelévelmente associado à prática do cuidado de enfermagem (Kolcaba, 2003; Morse, 2000; Tutton & Seers, 2003; Oliveira, 2011).

Mas, se por um lado sabemos que “(...) ter saúde ou estar doente é um estado subjectivo, que se refere não só ao bem-estar, mas também, ou sobretudo ao controlo do sofrimento e ao conforto sentido, (...)” (Vieira, 2007: 84) e se por outro, atendermos à expressão de Kolcaba (2003), de que o conforto se apresenta como um estado imediato de se sentir fortalecido por ter supridas as necessidades de alívio, de tranquilidade e de transcendência, nos quatro contextos da experiência vivida, depreendemos que os dois conceitos apresentam diferenças. Assim vejamos:

- o “conforto” é referido como um estado imediato emergente, desejado, (Kolcaba, 2003), enquanto o “bem-estar” se refere a um constructo que, embora se perspetive no momento presente, se reporta a uma experiência subjectiva de afecto agradável a longo prazo pela felicidade e satisfação com a vida e, à falta de afecto desagradável, (Diener, et al., 1999);

- o “conforto” relaciona-se com a experiência subjectiva de se sentir ajudado, fortalecido, beneficiado por algo ou por alguém mediante encorajamento ou ajuda “fornecida” e, por isso ter adquirido ou potenciado a capacidade individual (Kolcaba, 2003); o “bem-estar”, apesar de se referir também à experiência subjectiva, parece estar relacionado com o estar satisfeito, o estar bem com a vida nas suas múltiplas condições, (saúde, relacionamentos, aceitação de si mesmo, emoções, economia, entre outros), sugerindo assim a existência da relação da pessoa consigo própria e com a vida no presente e no passado, na revelação da sua capacidade para a orientação da sua própria vida, em função de objectivos significativos (Novo, 2003).

Articulando ideias, se compararmos o “conforto” e o “estar bem” conseguimos perceber que não são sobreponíveis uma vez que, o “estar bem” é percebido como a ausência de doença, de sintomas e de problemas (ou seja, desconfortos) e, o “conforto” pode também ser considerado como uma causa (medida) de alívio desses desconfortos, ou seja, como intervenção, embora, como já ficou explícito, não se esgote nesta perspectiva (Oliveira, 2011). O conforto é muito mais que a percepção subjectiva de saúde, “(...) é um

estado holístico e complexo (...)” e “um resultado essencial do cuidado de saúde (...)” sendo “o objectivo do cuidado de saúde aumentar o conforto (...)” (Kolcaba, 2003: 16-17).

Decorrente do exposto e sabendo que a pessoa no seu processo de vida é confrontada com “(...) a necessidade de adaptação, ou seja, de gerir as mudanças na sua vida de forma a manter ou conseguir o conforto físico, psicoespiritual, social e ambiental de que necessita para se sentir saudável” (Vieira, 2007: 84), consideramos que o “conforto” tem o seu interesse como resposta de cuidados de saúde, nomeadamente, em contexto de cuidados ao doente idoso crónico hospitalizado, na procura permanente da excelência no exercício profissional do enfermeiro.

PARTE II

CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA

A Parte (II) centra-se nas opções metodológicas e procura justificá-las do ponto de vista teórico. Com base no exposto iremos proceder à delimitação da problemática, à definição das perguntas de investigação, clarificando a opção pela metodologia qualitativa, explicitando as características e motivos de escolha do tipo de estudo que nos propusemos realizar – método etnográfico. Faremos a descrição do modo como planeámos e realizámos as várias fases do processo de investigação, clarificando os critérios utilizados e descrevendo os procedimentos inerentes ao percurso da recolha e análise dos dados, bem como os princípios éticos que tivemos em consideração.

1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Conscientes de que o envelhecimento da população constitui um dos aspectos centrais e relevantes para o Sistema de Saúde e, sabendo que a população idosa está a aumentar substancialmente, o cuidado às pessoas idosas emerge como uma área específica e complexa da maior relevância para a enfermagem, constituindo mesmo um desafio para os enfermeiros pois, cuidar o idoso sempre foi uma missão assumida por este grupo profissional. Não só ao enfermeiro se reconhece o esforço de conhecer e compreender a pessoa idosa, como também ao idoso lhe é reconhecido este direito.

Segundo resultados estatísticos preliminares dos Censos de 2011, relativos à população residente em Portugal, a população com 65 ou mais anos constitui cerca de 19% da população do continente (INE, 2011). Vive-se até mais tarde e, certo é que a procura de cuidados de saúde progride quase geometricamente com a idade. Associado ao envelhecimento, sobressaem os fenómenos das múltiplas doenças, das dependências e das incapacidades, podendo mesmo acontecer o aumento de doenças crónicas e crónicas agudizadas, bem como as sucessivas hospitalizações que lançam desafios aos sistemas de saúde (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Moniz, 2003; Paúl, 2005; Cabete, 2005; Costa, 2006; Azeredo, 2011; Oliveira, 2011). Apesar do enorme desenvolvimento técnico e científico ter procurado contribuir para o aumento da esperança média de vida dos doentes crónicos idosos, para o aumento da saúde e do bem-estar e para o aumento dos cuidados de saúde fora do contexto hospitalar, muitas pessoas são ainda hospitalizadas (Vieira, 2007), pelo que, terá que haver uma preocupação de importância superior para se poder responder com mais qualidade e humanidade, em tempo útil, às necessidades destes doentes, aquando da sua hospitalização.

As situações de doença são experienciadas de modos diferentes, variando de pessoa para pessoa, tendo implícitos modelos de saúde e de doença que gerem os seus comportamentos. Assim, exige-se uma certa adaptabilidade à pessoa idosa que vivencia um processo de transição considerado individual, o qual varia com a situação e com o ambiente que o rodeia. Como ficou claro, a noção que as pessoas têm de saúde e bem-estar pode variar, dado que é um modo de estar que as pessoas definem em função dos seus valores, da sua personalidade, do seu estilo de vida e das suas crenças. No entanto, quando necessitamos de cuidados de saúde, a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto, aparecem como intenções e como necessidades humanas inerentes a qualquer pessoa. Benner (1984) defende ser fundamental estudar a vivência da experiência de saúde e

doença das pessoas, numa dada situação, uma vez que as pessoas estão numa determinada e específica situação, com os seus próprios hábitos, perspectivas e necessidades humanas.

Em qualquer situação de doença, com internamento hospitalar, a fragilidade da pessoa idosa acentua-se, traduzindo-se no aparecimento e agravamento de necessidades de saúde, levando a uma maior susceptibilidade ao sofrimento, a um aumento do desconforto, o que conduz a uma maior vulnerabilidade da pessoa idosa doente, e levanta questões muito específicas, nomeadamente em relação à adequação dos cuidados prestados. As pessoas estão assim no centro da acção, colocando-se diariamente o desafio de aprofundar conhecimentos e definir estratégias no sentido de as cuidar de forma flexível e adaptada às suas necessidades (Mesquita et al, 2007), sabendo também que, independentemente do paradigma conceptual em que nos situemos como profissionais de enfermagem, o conforto e a necessidade de confortar a pessoa que cuidamos é inquestionável.

Centrado no contexto da prática, este estudo parte da convicção de que, através da investigação, é possível encontrar novos caminhos/novas respostas, para situações/problemas existentes, promovendo um melhor entendimento da pessoa do doente idoso crónico (sujeito de cuidados) hospitalizado, na sua relação com o fenómeno do conforto e um melhor conhecimento disciplinar sobre a construção do processo do mesmo, contribuindo para uma melhor qualidade da prática dos cuidados de saúde. Sendo a enfermagem uma disciplina orientada para a prática revela interesse em produzir conhecimento que contribua para a compreensão das pessoas, das suas necessidades em saúde, bem como de respostas profissionais adequadas, (Kim, 2000; Meleis, 2007). Tal ideia é igualmente defendida por Vieira, (2007: 115), ao afirmar que, "Para cuidar não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos específicos" e adianta que, "...os cuidados de enfermagem, visam prioritariamente a ajuda às pessoas na adaptação aos processos de saúde e doença que as afectam...para manter a vida e a qualidade de vida que desejam." (Vieira, 2007: 87-88)

Para um grande número de autores o fenómeno do conforto apresenta-se como um processo complexo e abrangente, rodeado de toda uma dinâmica global, nomeadamente quando é definido como um processo que visa contribuir para o alívio do sofrimento e do desconforto da pessoa do doente (Malinowski & Stamler, 2002; Kolcaba, 2003; Oliveira, 2011), ou quando é perspectivado como um processo que constitui "uma parte integral do cuidado de enfermagem" promovido em resposta às necessidades e exigências da pessoa

do doente (Morse, 2000: 35), ou ainda quando é olhado como parte integrante dos cuidados de saúde e um óptimo indicador da qualidade de cuidados. A sua investigação constitui uma favorável contribuição no âmbito da complexidade dos cuidados de enfermagem, centrando-se estes, nas pessoas cujas necessidades não são satisfeitas por causa da doença ou que necessitam de ajuda para manter e promover a saúde, o bem-estar e o conforto (McIlveen & Morse, 1995; Robinson, 2000; Cabete, 2005; Kolcaba, 2003, Tutton & Seers, 2004; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2011).

Sabendo que o bem-estar e o conforto são considerados a experiência humana de saúde, salienta-se assim, a necessidade do modo de intervenção do enfermeiro ser adequado às necessidades concretas de cada pessoa, constituindo uma procura incessante da excelência do exercício da profissão (Brykczynski, in Tomey & Alligood, 2004). Também, de acordo com os dados da evidência empírica, é desejável que os enfermeiros reconheçam as necessidades de conforto dos idosos que experimentam momentos de transição, tal como acontece com a hospitalização (Silva, 2006; Cabete, 2005; Serra, 2005).

Na visão de Collière (1989: 341) “(...) a investigação em enfermagem tem que se manter perto da realidade de quem presta cuidados e de quem os recebe, pois só assim poderá contribuir para dar maior significado aos próprios cuidados de enfermagem”. Estudos efectuados noutros países têm procurado conhecer as perspectivas e as vivências dos prestadores de cuidados e das pessoas que necessitam dos mesmos, referindo que o estudo do fenómeno do conforto se torna pertinente, na medida em que contribuirá para o conhecimento disciplinar e para promover a reflexão sobre a formação, sobre a prática e a gestão dos cuidados numa lógica de melhoria da qualidade dos mesmos (Morse, 1983; Kolcaba, 1994; Cameron, 1993; McIlveen & Morse, 1995; Bottorf et al, 1995; Malinowski & Stamler, 2002; Mussi, 2005; Wilby, 2005; Yousefi, et al, 2009).

Como já referimos, em Portugal, não só Apóstolo (2007), procurou estudar o fenómeno do conforto em contexto Psiquiátrico, como também Oliveira (2011), num estudo efectuado com doentes idosos agudos hospitalizados, o considera uma das necessidades de cuidados das pessoas. Nesta ordem de ideias urge ser fundamental compreender “como melhor cuidar delas...” sabendo que o conforto “...enquanto resultado sensível aos cuidados de enfermagem, parece promissor.” (Oliveira, 2011: 211). Assim, como um resultado dos cuidados de enfermagem universalmente desejável, parece-nos ser fundamental produzir conhecimento tendo em vista não só a sua clarificação como conceito, como também procurar um processo conceptual de construção da prática de cuidados que facilite a sua

compreensão e o seu desenvolvimento. Olhar o conforto como um estado subjectivo implica atender à unicidade da pessoa, considerando a sua vivência num determinado momento.

Considera-se a pessoa no seu todo, bem como o ambiente e contextos em que estão inseridas. Ao estarmos conscientes de que os cuidados de enfermagem se devem centrar na pessoa única, pensamos também que a pessoa não poderá ser olhada nem entendida como um ser isolado, mas sim integrado numa relação com os que o rodeiam, numa constante interacção com o meio onde se insere, sofrendo influências mútuas e constantes. Compreender os fenómenos no seu ambiente natural tem sido uma preocupação dos enfermeiros. Ao considerarmos o processo de “conforto” precisamos de reconhecer não só os elementos nele envolvidos como também os intervenientes nesse mesmo processo, nomeadamente os actores de cuidados de conforto, o doente e a sua família/pessoa significativa.

Assim, consideramos que o fenómeno em análise não tem uma existência interdependente das pessoas, pelo que, pretendemos compreendê-lo através da interpretação que dele fazem as próprias pessoas que o experienciam. Em situação de hospitalização, o doente idoso crónico, está rodeado de determinados factores geradores de instabilidade, de limitações e de regras, pelo que o contexto hospitalar, meio onde ocorrem muitas mudanças, deverá ser alvo de reflexão. Toda a dinâmica deste processo é influenciada e determinada pelo contexto e pelos intervenientes, originando desta forma diferentes modos de o construir e desenvolver – **privilegiamos a interacção que se verifica entre os enfermeiros prestadores de cuidados e os doentes idosos.**

Desta forma, olhando por um lado o conforto como foco de intenção e objectivo último do enfermeiro e, por outro, as necessidades de conforto como individuais, situacionais e dependentes do contexto, pensamos que o desenvolvimento de competências subjacentes ao processo de conforto, bem como o reconhecimento de estratégias e intervenções promotoras do mesmo, são aspectos essenciais quer na prática e gestão de cuidados, quer na formação dos enfermeiros.

A nossa perspectiva, desta problemática, resulta de experiências pessoais e profissionais, de preocupações e de reflexões que têm sido uma constante no nosso percurso profissional, na medida em que sempre direccionámos todas as nossas atenções para a área do doente Adulto/Idoso com doença crónica, bem como de contactos mais recentes com profissionais de saúde e de orientação de alunos em ensinios clínicos, em contextos hospitalares, percebendo como é importante conhecermos e compreendermos melhor as particularidades destes doentes, concretamente em relação ao conforto – este percebido e olhado como fundamental para a qualidade de vida e bem-estar.

Desconhece-se qual a natureza do fenómeno enquanto conforto experimentado pelo doente e, enquanto cuidado que procura responder às necessidades dos doentes idosos crónicos hospitalizados, num serviço de medicina. Partimos para este estudo com algumas expectativas, nomeadamente, a de chegar a uma melhor compreensão relativamente à natureza do processo de conforto do doente idoso – esclarecendo as inter-relações entre as condições (estrutura), as acções (processo) e as consequências (resultado). Aliada a estas ideias e na visão de Potter & Perry, (2006: 790) se “Promover o conforto é um conceito basilar na enfermagem”, uma compreensão do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado num serviço de medicina, permitirá determinar os modos e condições em que se constrói este processo.

Tendo por base as razões explicitadas, colocámos a seguinte pergunta de investigação:

- Como é a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado no contexto cultural de um serviço de medicina? Quais as suas especificidades?

Outras questões se colocaram:

- Que necessidades de conforto experimentam os doentes idosos crónicos hospitalizados?
- Quais as situações de cuidados que permitem a utilização do conceito de conforto?
- Quais os papéis dos vários actores na construção do processo de conforto ao doente idoso?

No sentido de lhes dar resposta, propusemo-nos desenvolver um estudo que permitisse compreender qual a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado no contexto cultural de um serviço de medicina, tendo como objectivos:

- Compreender a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Identificar as necessidades de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Identificar as situações de cuidados que permitem a utilização do conceito de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Identificar os papéis dos vários actores no processo de construção do conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Identificar as especificidades do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Elaborar uma explicação teórica sobre a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.

2. MODO DE INVESTIGAÇÃO: ESTUDO ETNOGRÁFICO NUM SERVIÇO DE MEDICINA

No que respeita à investigação em cuidados de enfermagem, sabemos que nos devemos empenhar na construção do saber, investindo na investigação sobre os problemas que são preocupação na prática dos cuidados e que possam ter efeitos imediatos no desenvolvimento utilizado pelo enfermeiro no seu dia-a-dia, junto das pessoas e das suas famílias, com metodologias que ofereçam um enfoque holístico para o estudo da pessoa humana.

Diferentes percursos conduzem ao conhecimento científico e são variados os métodos que estão à disposição do investigador. A ciência de enfermagem deve permitir que os fenómenos humanos sejam investigados através de métodos que permitam uma observação rigorosa e sistemática da experiência de cada pessoa, revelem e elucidem o mundo vivido da saúde/doença e o fenómeno do cuidar (Watson, 1988), e preservem o contexto humano, pois só assim a enfermagem pode *"expor o que está em falta, e tornar visível o que é deixado invisível"* (Watson, 2002b: 18). Procurar dar sentido à experiência vivida, ao modo como a situação é vivenciada, interpretá-la em seu contexto natural sob os diversos pontos de vista dos participantes de modo a retirar dados significativos que permitam descrever e compreender as experiências humanas, contribui para um esclarecimento mais profundo da essência da enfermagem.

Considerando os objectivos, a finalidade do estudo, a problemática equacionada e os eixos de análise, privilegiamos o posicionamento indutivo optando pela metodologia qualitativa, na medida em que nos permite captar em profundidade o fenómeno que pretendemos estudar, compreendendo a situação na sua globalidade e privilegiando um contacto directo com os actores, com o contexto e com as situações. Apoiámos também a nossa decisão em algumas das características da investigação qualitativa, apontadas por Leininger (1985), quando enfatiza a forma inicial de descobrir fenómenos e de explicar factos desconhecidos de certos comportamentos, ocorrências ou locais de vida das pessoas, permitindo-nos explorar situações complexas da vida real. Esta abordagem dá-nos a possibilidade de utilizar estratégias metodológicas variadas, possibilitando-nos compreender o sentido das experiências vividas pelos vários actores sociais (Morse, 1989).

Propomo-nos compreender a natureza do processo de conforto do doente idoso, partindo de uma realidade concreta, um serviço de medicina, contexto onde se movem os actores de cuidados profissionais e os doentes idosos crónicos hospitalizados e familiares. Pretendemos estudar, obtendo informações, com vista a documentar o fenómeno - processo

de conforto (construção e resposta). Estamos perante uma situação em que a experiência significativa não existe no vazio social. Procuramos o sentido dado à experiência tendo em conta que, não só o foco de atenção é a compreensão do significado que as pessoas dão às coisas, como também os conhecimentos sobre as pessoas só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida pelos seus actores numa articulação social e cultural.

Privilegiamos e procuramos uma análise profunda da situação das práticas e do sentido que os autores atribuem às mesmas, dado que cada pessoa experimenta a sua realidade. Pelo exposto e, considerando que é a natureza do problema que determina o método, optámos pelo método etnográfico, por ser considerado um dos modos gerais de investigação utilizado para o estudo do comportamento da vida humana, na medida que, “(...) privilegia o contacto directo do investigador com a situação e o contexto sócio-profissional onde operam, e interagem os actores” (Costa, 2006: 121).

Decorrente desta ideia, a abordagem etnográfica afigurou-se, desde o início da definição do projecto de pesquisa, como o modo de investigação mais adequado tendo em conta o objecto do nosso estudo. Com origem na antropologia, a etnografia cujo termo provém do latim “*ethnos*” que significa povo e “*grapheia*” descrever, é um dos métodos de investigação qualitativos mais antigos, que significa “*escrevendo sobre a cultura*” (Cardoso, 2005: 23). Este método surge na enfermagem na década de 70, com as primeiras publicações nas ciências da saúde como a *Culture, Medicine & Psychiatry* e *Medical Anthropology* (1977), *Qualitative Sociology* (1978), *International Journal of Qualitative Studies in Education* (1988), *Journal of Transcultural Nursing* (1990) e *Qualitative Health Research* (1991), sendo reconhecido como fundamental para o desenvolvimento de programas de intervenção em enfermagem.

Segundo Germain (1993: 239), a etnografia partilha de algumas características da investigação qualitativa, tais como, (i) a perservação do contexto em vez do controle do mesmo, o que possibilita uma perspectiva holística; (ii) uma perspectiva “*emic*”, que explica os fenómenos a partir da perspectiva das pessoas que pertencem àquela cultura; (iii) uma aproximação predominantemente indutiva na análise dos dados e na produção de teoria; (iv) uma aproximação interactiva que reconhece os membros da cultura que fornecem a informação (informantes) como co-participantes no processo de pesquisa.

Fazendo parte da pesquisa cultural de diferentes disciplinas de onde se destaca a enfermagem, a etnografia refere-se ao estudo da forma como as pessoas constroem e compreendem as suas vidas quotidianas (Spradley, 1980). Como modelo de investigação,

este método, tal como referem Goetz & Le Compte (1988: 28-29) “é um processo, uma forma de estudar a vida humana que pretende fazer descrições profundas de fenómenos globais, aprendendo com as pessoas que fazem parte da realidade social em que vivem”.

No campo da enfermagem, a utilização da etnografia trouxe valiosos contributos na exploração de questões holísticas relevantes na prática de enfermagem relacionadas com a natureza humana (Collière, 1999; Lincoln, 1997; Morse, 1989; Leininger, 1991).

Leininger (1991) desenvolveu a sua própria interpretação de etnografia a que chamou de “etnoenfermagem” com a finalidade de descobrir um novo conhecimento sobre os fenómenos em enfermagem tal como são percebidos e experimentados pelos enfermeiros e pelos sujeitos utilizadores dos cuidados de enfermagem, no que diz respeito aos cuidados de saúde, prevenção ou recuperação de uma doença. Ainda, de acordo com Leininger (1985: 38), os conceitos *emic* e *etic*, com origem na antropologia, são usados para obter uma compreensão mais perfeita dos fenómenos de interesse para a enfermagem, referindo-se a dimensão *emic* às cognições e percepções locais acerca do fenómeno, através da utilização de conceitos e linguagens próprias da cultura e, a dimensão *etic* do conhecimento às manifestações do comportamento interpretadas e explicadas segundo a perspectiva teórica e a linguagem do investigador. Com a colaboração dos participantes do estudo, o investigador encontra temas, domínios, padrões e relacionamentos que tenham significado para as pessoas. É sem dúvida um importante contributo para a investigação nos aspectos humanos dos cuidados de saúde e em diferentes contextos culturais, promovendo a compreensão do significado dos cuidados de saúde e proporcionando conhecimentos úteis à promoção de uma mudança cultural que melhore os sistemas da prática de enfermagem (Munhal & Oiler, 1986; Leininger, 1991).

A investigação orientada pelo método etnográfico – no nosso caso uma micro-etnografia – apresenta-se assim como umas “novas lentes”, pois permite ver para além das evidências, procurando captar o sentido e os significados que as pessoas, como membros de uma subcultura, dão à sua prática. O que interessa ao investigador são as experiências comuns vividas num grupo dotado de uma cultura em que o ser humano, (doentes, familiares e actores de cuidados), é encarado como um ser aberto que interage consigo mesmo, com os outros seres e com o ambiente, ou seja, com o mundo do serviço de medicina. Deste modo, o principal propósito é “apreender os significados que os membros da cultura têm como dados adquiridos e posteriormente, apresentar o novo significado às pessoas exteriores à cultura” (Bogdan & Biklen, 1994: 59). É exigido ao etnógrafo que, olhe, oiça, interprete e analise por forma a obter um conhecimento mais aprofundado da situação.

Sabendo que os seres humanos agem em relação às coisas com base no significado que elas têm para eles e, que esses significados resultam da influência recíproca do contexto social onde os mesmos interagem (Strauss & Corbin, 1998), a finalidade é descrever uma realidade concreta, não pretendendo a validade universal, nem fazer generalizações independentes do contexto, uma vez que a compreensão dos factos e dos significados não se pode realizar de forma independente dos contextos (Pereira, 2008).

Nesta ordem de ideias, esta pesquisa desenvolve-se em redor do conceito central de cultura. Fortin (1996), sublinha que em etnografia o termo cultura pode referir-se a uma comunidade mais vasta ou mas específica, como é o caso de uma unidade de cuidados de um hospital. A enfermagem pode ser assim considerada como uma cultura profissional, o hospital como uma instituição sociocultural, podendo, também, um serviço do hospital ser visto como uma subcultura (Patton, 1990). Deste modo, na situação de cuidados existem pelo menos três tipos de culturas envolvidas: a cultura dos doentes, a cultura profissional dos enfermeiros e a cultura do próprio contexto onde a situação tem lugar (Holloway & Wheeler, 1996).

Para Spradley (1980) cultura significa o conhecimento adquirido/acumulado que as pessoas utilizam para interpretar a experiência e gerar conhecimento, englobando três aspectos essenciais: aquilo que as pessoas sabem (conhecimento cultural), aquilo que fazem (comportamento cultural) e aquilo que dizem/produzem ou usam (instrumentos culturais). As pessoas são criadoras activas do seu mundo social, sendo fundamental que o investigador procure os meios que o ajudem a compreender o significado explícito e implícito dos comportamentos humanos, sem perder a visão clara e objectiva do que está a observar.

Considerando que a realidade é plural, mas construída de maneira local e específica, “(...) nenhum fenómeno social, como um comportamento, um acto ou um processo social, pode ser compreendido, senão como parte integrante de um sistema alargado (...)”(Pereira, 2008: 172), pelo que, para ser investigado há que permanecer na realidade onde este ocorre. Nesta linha de pensamento, tendo em conta o investigador como o recurso principal na investigação e assumindo como fundamental a relevância dos dados recolhidos, suas fontes e estratégias para os obter (Costa, 2006), utiliza-se como técnica nuclear a observação participante, em conjugação com a entrevista, pois possibilita um contacto directo e prolongado com o contexto e os participantes.

O investigador é simultaneamente uma fonte de dados (através da observação participante, da interacção) e um instrumento de recolha (através da escuta, da interrogação, dos registos, e do seu tratamento). Este método permite a utilização de várias

formas de colheita de dados com características diferentes mas que se complementam, o que permite uma maior abrangência dos dados, a sua densidade e clareza, possibilitando a “comprovação” e permitindo um conhecimento mais profundo e real da situação (Pereira, 2008).

Sabendo que a informação obtida, indirectamente, é fundamental, o recurso a informantes privilegiados/chave poderá facilitar o acesso ao contexto do estudo, ser fonte de informação sobre outras pessoas e acontecimentos. A selecção dos informantes chave fica a cargo do investigador, que deverá ter em atenção a escolha de pessoas representativas do grupo, na medida em que possuirão um conhecimento especial sobre variados aspectos, nomeadamente, regras culturais, história do grupo, processos de interações existentes, sendo por isso com eles que o investigador poderá validar as suas próprias percepções ou ideias (Holloway & Wheeler, 1996: 86-87).

A compreensão da realidade coloca um grande desafio ao investigador em relação ao seu papel de observador, salientando-se determinadas características e habilidades, nomeadamente: o ser autónomo, responsável, consistente e auto disciplinado; ter capacidade, para tolerar ambiguidades; ter sensibilidade para si e para os outros; comprometer-se pessoalmente com a situação atendendo ao princípio da confidencialidade e ainda possuir maturidade profissional e científica para assumir o seu papel, munindo-se de um suporte teórico que lhe permita seleccionar os aspectos essenciais e significativos para a compreensão e interpretação da realidade (Ludke & André, 1996).

Um dos problemas que é frequentemente apontado à etnografia é o da interferência. Investigadores consideram que, por um lado a flexibilidade e a informalidade que caracterizam a etnografia fazem dela um dos métodos menos interferentes e, por outro, se “falar com as pessoas, participar em determinadas actividades e colocar questões” poderá ter alguma interferência, o “estar parado, a olhar, sem dizer nada” gera uma interferência muito maior, pelo que, o mais importante será não evitar a interferência, mas tê-la em consideração, controlando-a e objectivando-a, quer durante a produção de dados, quer durante a análise (Bártolo, 2007: 60).

A investigação de natureza etnográfica pareceu-nos fazer todo o sentido quer pelas suas características, quer pelas potencialidades, na medida em que recorre a uma filosofia interpretativa e reconstrutiva da realidade, permitindo ao investigador encontrar informações que possibilitem a reconstrução pormenorizada e a compreensão da realidade de um fenómeno particular e de uma situação microsocial, a decorrer num determinado contexto,

ao imergir nesse mesmo contexto e estabelecer um contacto prolongado e directo com os actores da unidade hospitalar (Costa, 2006; Roxo, 2008).

Com sentido de continuidade, atendendo a que cada estudo etnográfico é único, apresentaremos em seguida o ciclo que orientou o trabalho que desenvolvemos – ciclo revestido de flexibilidade, característica peculiar da metodologia.

3. O CICLO NATURAL DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO E AS FASES DO ESTUDO

Contrariamente ao que se passa com grande parte dos estudos em que o investigador se baseia num modelo linear, os estudos etnográficos procuram seguir um modelo circular (Spradley, 1980; Huberman & Miles 1991), podendo, quer a pesquisa bibliográfica, quer a colheita de dados e a análise serem realizadas em simultâneo. Nesta linha de pensamento, o estudo que se desenvolveu seguiu uma lógica circular e, tal como refere Costa, (2006: 128) “ (...) avanços e recuos, progressos e retrocessos fazem parte da «caminhada», implicando por vezes, até ao regresso a fases anteriores da pesquisa, dando continuidade a algumas opções, abandonando outras”. Não obstante, Spradley (1980: 27-35) identificou cinco critérios fundamentais e orientadores da direcção que o investigador pode seguir ao fazer micro-etnografia:

- Perguntas e questões etnográficas – fazer perguntas a partir das quais possamos obter uma resposta teórica.
- Colheita de dados etnográficos – o investigador observa as actividades das pessoas, as características físicas da situação social, o que as pessoas sentem quando fazem parte do contexto.
- Fazer os registos etnográficos – os registos fazem a ligação, são a ponte entre o que é observado e a análise. São a base da análise. Existem três tipos de registos de observação: a observação descritiva ou alargada, em que se faz um registo exaustivo de todos os dados da observação. Progresivamente o investigador vai focalizando as suas observações, para depois de várias análises procurar seleccionar mais os seus registos, tendo em conta os objectivos definidos para o estudo.
- Análise dos dados – a análise é um processo que permite igualmente a descoberta de novas questões, pelo que se torna fundamental analisar as notas de campo ao fim de um dado período de tempo, para perceber quais os pontos aos quais o investigador tem que estar mais atento durante as observações que se seguem, percebendo em que direcção o estudo está a decorrer.
- Relatório da pesquisa etnográfica – este é efectivamente o último passo da pesquisa. No entanto, como já foi referido, e, dado que a pesquisa se desenrola em ciclo, o relatório vai sendo construído de forma contínua (Spradley, 1980).

Neste sentido, com uma determinada orientação lógica e condutora do estudo em continuidade, definiu-se um plano com algumas ideias que fomos redefinindo

continuamente, sistematizando, porém, alguns dos procedimentos que se revelaram fundamentais e que se integram em três (3) fases: exploração, decisão e descoberta (Ludke & André, 1996). Estas aconteceram numa progressão característica do estudo etnográfico; no entanto, à medida que nos íamos familiarizando com o ambiente, as pessoas e todo o contexto, houve necessidade de ir construindo e reconstruindo os planos tendo em conta as circunstâncias.

Ao iniciarmos esta investigação tínhamos algumas ideias e alguns conhecimentos sobre a expressividade do tema, o que nos levou não só a colocar algumas questões, como também se revelaram motivadoras, no sentido de melhor compreendermos a sua amplitude. Numa primeira fase procede-se à definição do problema, à selecção do local onde será realizado o estudo e estabelecem-se os contactos necessários para se entrar no terreno. Esta primeira fase constitui um primeiro olhar sobre a problemática e alicerçou-se na pesquisa bibliográfica, essencial não só para ajudar a sustentar a pertinência e actualidade do estudo, como também para possibilitar encontrar referenciais teóricos que dessem suporte ao percurso de investigação, permitindo a descoberta de uma diversidade de facetas da questão em estudo e obtendo algumas certezas sobre a viabilidade da investigação.

No contacto prévio com o serviço, foi preocupação delimitar o objecto de estudo e definir as perguntas orientadoras – pontos de referência reformuláveis ao longo do estudo – alicerçadas na pesquisa bibliográfica e documental, no contacto com profissionais da prática e com investigadores, bem como, fruto da nossa experiência e de contactos exploratórios. Surgem as primeiras observações com o objectivo de alargar o conhecimento acerca do fenómeno a estudar, seleccionando alguns aspectos que possam exigir uma observação mais sistemática.

Poder-se-á então dizer que, numa primeira fase, o investigador procura conhecer o contexto, ou seja, procura integrar-se no local onde vai fazer a investigação a fim de conseguir obter uma visão alargada de toda a situação, o que permite evidenciar não só os aspectos a que o investigador deve estar atento, como as técnicas de colheita de dados que se adequam aos mesmos. Percebemos que a pertinência deste estudo se centra na convicção de que o “conforto” é uma necessidade de toda a pessoa humana ao longo da vida, na saúde e na doença e, especificamente, em grupos de doentes socialmente vulneráveis e fragilizados, como é o caso dos idosos que procuram ajuda junto das instituições hospitalares por agudizações da sua situação crónica.

Considerando que algumas das decisões podem sofrer alterações, estabelecemos como fundamental recorrer a diversas fontes de informação e a diversas técnicas de recolha de dados. As técnicas fundamentais de colheita assentam na observação participante, nas entrevistas formais e informais e, ainda na análise de documentos (principalmente os registos de enfermagem) que complementam a informação recolhida. A utilização de diferentes estratégias de colheita de dados, articuladas entre si, permite uma análise integrada da informação obtida, o que de certa forma vem fortalecer a investigação, já que através da triangulação dos dados, podemos apreender e descrever as várias facetas do fenómeno em estudo, (Morse, 1983, 1997; Denzin & Lincon, 1995; Streubert & Carpenter, 2002). Contudo, podemos referir que o estudo se centra na observação das inter-relações da prática de cuidados aos doentes idosos, tendo em conta a utilização/vivência do constructo “conforto”, sendo que as restantes fontes de recolha de dados (das quais falaremos mais adiante) são utilizadas de forma complementar e integradas no decurso da investigação, com vista a minimizar as fragilidades de cada uma.

Na segunda fase, a fase da decisão e, de acordo com os dados que vão emergindo do campo, a realização do registo progressivo e atempado, bem como a sua classificação tornam-se essenciais, para dar continuidade a uma busca mais sistematizada dos dados, considerados como fundamentais pelo investigador para a compreensão e interpretação do fenómeno em estudo. A terceira fase relaciona-se com uma observação mais focalizada e selectiva na procura de dados contextualizadores, direccionados ao fenómeno em estudo, que permitam ao investigador explicar a realidade dos factos e situar “as várias descobertas” (Ludke & André, 1996). Para além disso, torna-se fundamental prever as formas de análise e estratégias de validação da informação, apesar de se verificar permanentemente um confronto da relação que se estabelece entre o material teórico, a colheita de dados e a análise da informação, em busca de coerência com o objecto em estudo e a relevância dos dados.

Após a sistematização de um conjunto de decisões e procedimentos que levamos a cabo, reforçamos a ideia de que, em etnografia, a colheita e a análise de dados são processos que caminham paralelamente e por isso mesmo, considerados inseparáveis. Assim, nas linhas metodológicas por nós infantizadas, percorremos, várias etapas com sequência mas recorrentes e interdependentes, com a flexibilidade exigida, para, após a descoberta de alguns achados, voltar à fase inicial para a compreensão de novas perguntas que vão aparecendo ao longo da análise. Este constituiu o caminho por nós percorrido, o que procuramos esquematicamente reproduzir no diagrama 3, tendo por base a lógica do ciclo sugerido por Spradley (1980):

Diagrama 3 – Ciclo do estudo etnográfico no Serviço de Medicina

Fonte: Adaptado de Spradley, (1980)

Todo o processo passou por uma série de contactos informais e formais e, uma vez feita a escolha do contexto, negociado o acesso ao terreno de pesquisa e obtida a respectiva autorização (Anexo I), passaremos a descrever o contexto de investigação observado.

3.1. O CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO: UM SERVIÇO DE MEDICINA

Para a realização deste estudo, o contexto escolhido foi um serviço de internamento de Medicina de um hospital – estabelecimento universitário de referência do Serviço Nacional de Saúde – integrado num Centro Hospitalar, localizado na cidade de Lisboa, que, integrando inúmeras valências, serve uma população na ordem dos 350 mil habitantes, dentro da área de influência da Grande Lisboa, garantindo referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas. Este hospital desenvolve actividades no âmbito da prestação de cuidados de saúde, de formação e de investigação, visando uma assistência eficaz e eficiente e a promoção da qualidade e da excelência.

Os enfermeiros, de acordo com a sua categoria profissional, actuam aos níveis da gestão organizacional, das unidades e de cuidados, da formação e da prestação de

cuidados de enfermagem. O exercício profissional de enfermagem é regulado pela Ordem dos Enfermeiros e está suportado pelo enquadramento legal da profissão, nomeadamente pelo REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), pelo Código Deontológico, pelo diploma que regula a Carreira de Enfermagem e ainda por outros dispositivos que aferem e regulam a prática de cuidados, como os Padrões de Qualidade para os Cuidados de Enfermagem.

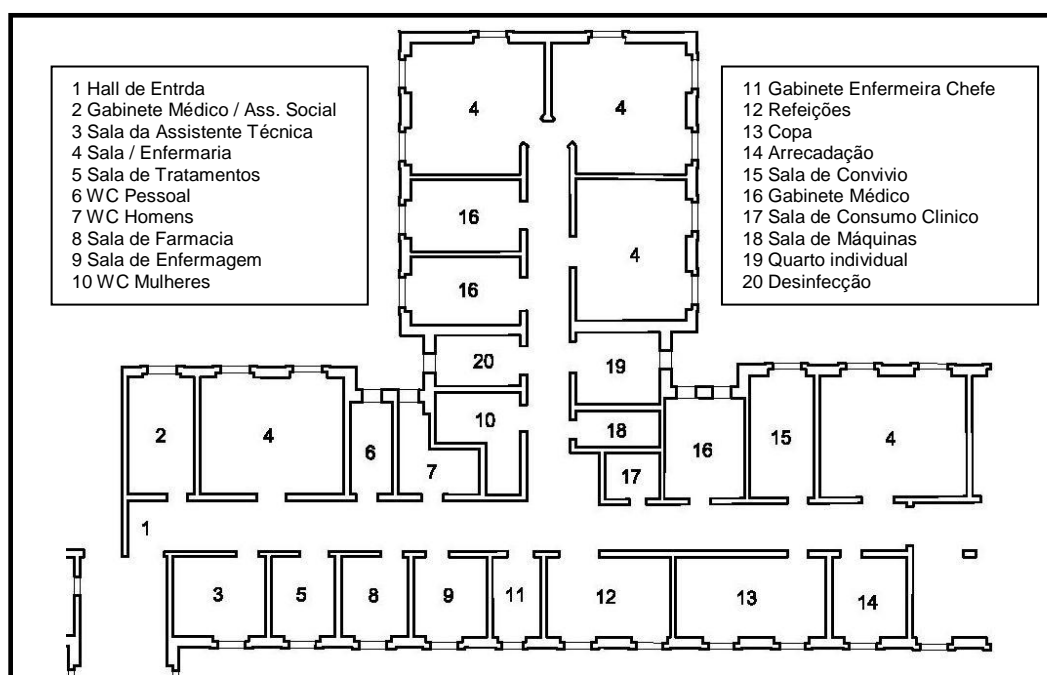
A escolha deste contexto foi consciente. Tínhamos como intenção estudar o fenómeno num contexto heterógeno (aparentemente menos estudado), algo inespecífico na especialidade/especificidade clínica. Assim, face aos objectivos propostos, importa seleccionar um serviço com elevado número de idosos com doença crónica e com internamentos prolongados, onde o enfermeiro interage com o doente idoso e onde exista continuidade temporal de contacto entre os enfermeiros e os doentes (Meleis, 2007). Tal como comprovam diferentes estudos, os doentes internados no serviço de medicina são, na sua maioria, idosos com doença crónica, situação que implica não só internamentos prolongados, como também, alteração das necessidades, vivências de situações de desconforto e criação de novas necessidades nos doentes, conduzindo à necessidade de promover o conforto como um fim global (Hamilton, 1989; Cabete, 2005; Costa, 2006; Silva, 2006). Também Costa (2006: 42) refere que “Os doentes idosos são um grupo de importância crescente nas enfermarias de medicina interna, porque se impõem numericamente pelas suas patologias e polipatologias (...)”. A questão da doença crónica, que se coloca essencialmente na pessoa idosa, conduz assim a hospitalizações prolongadas e constantes, que levam não só à interrupção da vida diária, a alterações económicas e sociais, como à separação da família.

Conscientes de que a preocupação com a saúde humana e o bem-estar faz todo o sentido à enfermagem, torna-se fundamental salientar que, sendo o conforto um constructo complexo e o confortar um processo complexo e abrangente, este só ganhará o verdadeiro sentido quando for dirigido à globalidade e unicidade da pessoa, um ser de relações e possibilidades, com uma biografia singular e num determinado contexto que não pode ser ignorado, procurando determinar os modos e condições em que se constrói este processo. Nesta ordem de ideias, consideramos também que esta escolha teve subjacente o método escolhido, o etnográfico – em detrimento de uma abordagem que privilegiasse um maior número de serviços – facto que não permitia uma análise mais profunda do sentido que os autores atribuem às práticas.

A selecção do serviço baseou-se ainda em razões de ordem prática e metodológica, tais como: (i) o facto de o hospital não nos ser completamente estranho; por ser o primeiro local de trabalho, embora há cerca de vinte e cinco anos, existem aspectos que ainda recordamos; (ii) por ser um local onde os alunos da instituição onde exercemos funções docentes, realizam alguns dos seus ensinamentos clínicos e estágios, o que se traduz numa vantagem importante pelo conhecimento existente e constitui um factor facilitador no acesso ao terreno de pesquisa; (iii) o facto de conhecermos alguns elementos da equipa de enfermagem, nomeadamente o enfermeira chefe deste serviço, permitiu a fácil aceitação da equipa; (iv) a proximidade do hospital em relação à nossa residência, de forma a podermos não só facilitar o trabalho de campo que exige a permanência do investigador, como também rentabilizar o tempo destinado ao estudo, e se considerar ser importante realizar os registos etnográficos o mais próximo possível do local de trabalho; (v) e ainda, o facto de ser uma unidade social de internamento para doentes de ambos os géneros (femininos e masculinos), pela vantagem que a diversificação do grupo participante possa ter, evitando um constrangimento à interpretação e *transferibilidade* dos dados.

Tomámos como unidade social o serviço de medicina, localizado num dos pisos mais baixos do hospital, cuja missão se centra na prestação de cuidados de excelência a todos os doentes que são assistidos (de ambos os géneros), e seus familiares, adequando os recursos disponíveis e participando no desenvolvimento das estruturas criadas para facilitar o exercício profissional, incentivando a formação contínua e a investigação, assegurando deste modo a satisfação e a motivação dos colaboradores/equipa multidisciplinar.

Com uma estrutura física bastante idêntica a qualquer outra enfermaria geriátrica deste hospital e com a lotação de vinte e uma (21) camas (com o suplemento de cerca de dez (10) macas), o serviço de medicina escolhido para o nosso estudo, encontra-se em óptimo estado de conservação (aspecto como novo), e, é constituído por: cinco (5) enfermarias (cada uma com capacidade para quatro (4) doentes) e um quarto individual (este destinado a situações de isolamento ou outro tipo de situações, como por exemplo, doentes em situação terminal). Tem várias salas/gabinetes: a sala de enfermagem/trabalho, a sala de formação/convívio, duas (2) salas de médicos, o gabinete do enfermeiro-chefe, o gabinete da assistente social, a sala de tratamentos, a sala da assistente técnica, a sala de desinfecção, três (3) arrecadações (uma com material técnico, outra destinada à farmácia e uma terceira para arrumação de material clínico), a copa, a sala de refeições para os doentes. Tem ainda três (3) instalações sanitárias (doentes: masculino e feminino; e profissionais), conforme estrutura física que apresentamos na figura 6.

Figura 6 – Planta do Serviço de Medicina 2C

Os espaços físicos revestem-se assim da sua importância, como fonte de dados na compreensão das relações sociais entre os diferentes profissionais que interagem, pelo que falaremos de alguns em pormenor.

A entrada no serviço é agradável. De paredes claras (pintadas de bege), o ambiente é iluminado por luz natural e arejado. À entrada, deparamo-nos com um longo corredor central para a direita, o que percorre o serviço e termina com uma porta. Este corredor central é atravessado, medianamente, por um outro corredor interno, apresentando-se o serviço em forma de um (T) invertido. Em cada um dos lados do corredor central existem duas (2) salas/enfermarias, gabinetes, arrecadações e duas (2) casas de banho (doentes masculinos e pessoal).

Situado à entrada do serviço, o gabinete da assistente técnica, (com contacto directo para o hall de acesso à porta de entrada do serviço), constitui um local muito solicitado pelos demais profissionais e pelas visitas, aquando da chegada ao serviço, pela necessidade de informação/esclarecimento. Em frente à porta de entrada, situa-se o gabinete da assistente social o qual é partilhado também pelos médicos. A assistente social, de presença permanente, é responsável por avaliar a situação social do doente, tendo-se constatado que, durante o período de colheita de dados cerca, de 30% dos doentes internados apresentaram necessidade de intervenção do serviço social.

Neste serviço, a sala de tratamentos não tem a função a que se destina, uma vez que os doentes que necessitam de fazer tratamentos, normalmente, se encontram

acamados, pelo que os mesmos são realizados na “unidade do doente”. É utilizada para a realização de determinados procedimentos: paracentese e colocação de cateter venoso central, entre outros. Nesta sala encontra-se o carro de colheitas, o carro de técnicas/procedimentos e o equipamento de monitorização de sinais vitais.

A sala de trabalho/sala de enfermagem é um espaço acolhedor, com uma mesa redonda ao centro, onde os enfermeiros permanecem para troca de conversa privadas, comentam as situações dos doentes, onde se verifica a partilha de informações, e, onde acontecem a maioria das interações entre os grupos profissionais, nomeadamente esclarecimentos e troca de impressões sobre a melhor conduta a optar. É aqui que, habitualmente, os enfermeiros realizam os registos de enfermagem e se faz a passagem de turno, ou seja, a transmissão de ocorrências. Também é aqui que as visitas, habitualmente, se dirigem para solicitar informações.

O gabinete do enfermeiro-chefe, situado mesmo ao lado da sala de enfermagem, de aspecto acolhedor e agradável, tem uma secretária, duas cadeiras, uma mesa com computador, dois armários e um lavatório. Tem também uma janela, o que confere alguma luminosidade. É um espaço onde os enfermeiros/equipa multidisciplinar se dirigem sempre que necessário, onde se realizam algumas reuniões, individuais ou de pequenos grupos, quer com os enfermeiros e assistentes operacionais, quer com outros elementos profissionais.

A sala de refeições dos doentes é um espaço destinado às visitas e frequentado pelos doentes, principalmente no momento das refeições. Esta sala tem uma mesa ao centro com cadeiras à volta, duas janelas grandes, um quadro na parede, uma televisão, e uma porta que faz a ligação para a copa. Esta inclui uma bancada com equipamento diverso: dois frigoríficos, uma máquina de lavar loiça, um microondas. Segue-se, à direita, uma sala de arrumos/rouparia.

A sala de convívio da equipa multidisciplinar é um local partilhado pela equipa referenciada. Esta sala, de forma rectangular, tem uma mesa sobre o comprimento com cadeiras à volta e uma grande janela ao fundo da sala. Tem uma máquina de café, um quadro na parede, que se destina a afixar mensagens e onde também se afixam as datas de aniversários dos enfermeiros e assistentes operacionais. A frequência e a população desta sala variam com a hora do dia, sendo mais frequente a sua utilização nos momentos de pausa, em situações de formação ou de reuniões com a equipa de enfermagem e/ou assistentes operacionais. É nesta sala que habitualmente enfermeiros e assistentes operacionais tomam as suas refeições.

Entramos no corredor interno. É aqui que se encontra a casa de banho dos doentes (femininos), três (3) salas/enfermarias, o quarto individual, a zona de desinfecção e dois (2) gabinetes médicos. Estes gabinetes, durante o turno da manhã, são bastante frequentados

pelos médicos. É aqui que os médicos permanecem enquanto avaliam os processos dos doentes e discutem as situações inerentes aos mesmos.

As casas de banho para uso dos doentes (uma para doentes femininos e outra para doentes masculinos) compreendem dois sanitários, um lavatório e uma zona de duches com apoios laterais, permitindo assim uma maior segurança dos doentes durante os cuidados de higiene que se realizam (sem ajuda e assistidos). O espaço é considerado suficiente para a circulação de cadeira de rodas.

Cada enfermaria/sala é composta por quatro “unidades de doente”, um lavatório comum, cestos para material de consumo e recipientes para resíduos sólidos não contaminados. Faz parte da “unidade do doente”, uma mesa-de-cabeceira, uma mesa de refeições e uma cadeira, colocadas habitualmente ao lado da cama (esta eléctrica), uma campainha, sistema de iluminação, rampa de oxigénio, vácuo e sistema de som individual. De acordo com as normas preconizadas pela comissão de controlo de infecção hospitalar, em cada cama está colocado um desinfectante para a higienização das mãos. A separar a “unidade” de cada doente existem cortinas inefugáveis (de cor clara) que normalmente permanecem abertas e que permitem a individualização e a privacidade do doente. Todas as enfermarias têm janelas grandes, as quais permitem uma boa luminosidade natural, com estores exteriores que dão às enfermarias um ambiente claro, o qual é reforçado pelas paredes pintadas de branco. O espaço entre as camas permite a circulação fácil, nomeadamente durante o período das higiènes ou quando os doentes são mobilizados. Verificamos que, para além da “unidade” ou da sala de refeições, não existe qualquer outro espaço privado para o doente e a sua família. Desta forma, torna-se difícil manter a privacidade dos doentes, relativamente às conversas que se estabelecem, devido à curta distância que separa as “unidades dos doentes”. As salas/enfermarias são os principais locais da produção de cuidados a prestar aos doentes, constituindo locais privilegiados de interacção entre a equipa multidisciplinar, nomeadamente enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, doentes e familiares. O equipamento nas salas/enfermarias é recente e funcional. Existem quatro cadeirões no serviço, que são distribuídos pelas enfermarias ou sala de refeições, tendo em conta as necessidades dos doentes. Existem quatro colchões anti-escaras e um colchão de pressão alterna que são colocados nas camas, consoante as necessidades de cada doente.

O serviço tem material e roupa em quantidade suficiente; contudo, algumas condições adversas poderão aumentar as necessidades de determinado equipamento, como por exemplo, a existência constante de macas. O carro de urgência encontra-se no

corredor central. Existem três extintores de incêndios espalhados pelos corredores, dois carros de medicação com computador, os quais estão colocados na sala de farmácia.

Existe aquecimento central em todo o serviço, não existindo, no entanto, ar condicionado, o que faz com que as salas/enfermarias apresentem uma temperatura muito elevada durante os dias de maior calor. Em relação ao ruído, apesar de verificamos algum nível em todos os turnos, torna-se mais evidente durante o período da manhã, pelo facto de haver um maior número de profissionais nesse período. Nota-se uma certa preocupação em manter o serviço sempre limpo e arrumado, sem evidência de cheiro característico, motivo de regozijo para os profissionais, constituindo elementos facilitadores da humanização dos cuidados. A qualidade dos serviços prestados tem sido reconhecida pelos doentes e familiares mediante louvores dos mesmos ao serviço, que se encontram emoldurados e afixados nas paredes do serviço.

A equipa multiprofissional é constituída por: dezoito (18) Enfermeiros, catorze (14) Assistentes Operacionais, um (1) Director do Departamento de Medicina, um (1) Chefe de serviço, quatro (4) Especialistas de Medicina Interna/Chefes de Tira, cinco (5) Internos da Especialidade de Medicina Interna, dois (2) Internos do Ano Comum, alunos do 6º Ano de Medicina, uma (1) Assistente Social, uma (1) Assistente Técnica, uma (1) Dietista e dois (2) Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica de Análises. O Capelão é solicitado quando os doentes ou os seus familiares assim o desejam.

No início da colheita de dados, Setembro de 2009, a equipa de enfermagem era constituída na totalidade por dezoito (18) elementos: o enfermeiro-chefe, com a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um enfermeiro, o 2º elemento (a frequentar o curso de especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica) que substitui a enfermeira chefe na sua ausência e dezasseis (16) enfermeiros (quatro (4) enfermeiros e doze (12) enfermeiras). As idades dos enfermeiros variam entre os 23 e os 47 anos, com uma média de idade de 29,4 anos. Apenas um (1) enfermeiro se encontra há menos de um (1) ano no serviço. A média de tempo no serviço é de 4,25 anos. O enfermeiro mais antigo encontra-se há dezasseis (16) anos no serviço. Um dos enfermeiros está formado há menos de 1 ano, treze (13) enfermeiros entre 1 e 5 anos e os restantes quatro (4) enfermeiros concluíram a sua formação há 13 ou mais anos. A razão da escolha do serviço foi propositada para 66,7% dos enfermeiros, sendo que para os restantes se tornou ocasional (Anexo II). Podemos considerar que se trata de uma equipa relativamente jovem. Os chefes de equipa (quatro (4) enfermeiros) têm um papel fundamental no domínio e competências,

no que diz respeito à organização e distribuição de cuidados e no assegurar e acompanhar a qualidade dos mesmos (Benner, 2001).

Ao enfermeiro-chefe cabe a gestão do serviço de medicina, nomeadamente, a de recursos humanos, de materiais, a supervisão de cuidados bem como a responsabilidade pela qualidade dos mesmos, a formação e a motivação da equipa. Consideramos que a gestão realizada é participativa e flexível, focalizada na autonomia e poder dos enfermeiros, levando em conta as sugestões e a partilha de opiniões dos enfermeiros. O enfermeiro-chefe é membro efectivo da Comissão de Ética para a Saúde, desde Outubro de 2005, com renomeação para a comissão vigente em Novembro de 2006 e membro efectivo da Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA), desde Dezembro de 2007. Existe um Plano de Formação anual com temáticas diversas que é aprovado pela Direcção dos Serviços de Enfermagem, sob a responsabilidade do enfermeiro-chefe e a colaboração de dois enfermeiros. Existem alguns trabalhos terminados e outros em curso. A título de exemplo, destacamos: "Nível de ruído num serviço de Medicina – impacto no bem-estar e conforto do doente", "A família como parceira nos cuidados de enfermagem". A apresentação dos trabalhos é feita no serviço envolvendo a equipa multidisciplinar.

Os enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados são distribuídos e englobados em quatro equipas, de quatro elementos, cada uma. Em cada equipa existe um chefe de equipa. As trocas de turnos entre os enfermeiros são frequentes e, ficam registadas em livro próprio, de acordo com as normas existentes no serviço. Procura-se conciliar as necessidades individuais com as do serviço, sem que haja comprometimento da qualidade dos cuidados. O método de trabalho planeado é o método individual de prestação de cuidados, respeitando as normas preconizadas pela instituição, aumentando a responsabilidade do enfermeiro para com o doente. Assim, cada enfermeiro é responsável pelo planeamento, execução e avaliação dos cuidados necessários aos doentes que lhes são atribuídos num determinado turno. Em cada turno, existe ainda um enfermeiro de referência, que vai variando de acordo com a distribuição do enfermeiro-chefe e que permite o aumento não só da responsabilidade individual de cada enfermeiro, como também, uma maior articulação multidisciplinar, um melhor conhecimento do doente, uma maior visibilidade dos cuidados de enfermagem, facilitando a relação/interacção enfermeiro/doente/família e, potenciando desta forma a humanização dos cuidados de enfermagem e o bem-estar global, no processo de cuidar.

O plano de trabalho semanal é elaborado, pelo enfermeiro-chefe, à sexta-feira que antecede a semana próxima (embora possam ser feitos acertos pontuais) e afixado na sala

de trabalho e nos gabinetes médicos, possibilitando assim uma maior interacção entre a equipa médica e os enfermeiros responsáveis pelos doentes.

O rácio enfermeiro/doente é oscilante, dependendo da lotação do serviço e do grau de dependência dos doentes. No entanto, por norma, a distribuição dos enfermeiros faz-se da seguinte forma: no turno da manhã (o das 8 às 15h30 horas) asseguram o serviço, habitualmente, quatro/cinco (4/5) enfermeiros. Está planeado que cada enfermeiro fique responsável pela prestação de cuidados totais aos doentes pelos quais são responsáveis. As assistentes operacionais ficam distribuídas no turno da manhã de semana (cinco elementos) e no fim-de-semana (quatro elementos). Estas colaboram nos cuidados de higiene, na mobilização, na alimentação dos doentes e são responsáveis por transportar os mesmos aos exames (à excepção de situações especiais em que os doentes se fazem acompanhar também por um enfermeiro).

No turno da tarde (o das 15h às 23 horas) três (3) enfermeiros tomam a responsabilidade pelos seus doentes, sendo que, é atribuído ao enfermeiro de referência (responsável de turno), um menor número de doentes. Ainda neste turno, existe um momento, considerado de maior proximidade entre o enfermeiro e o doente, marcado pelos cuidados específicos, estes relacionados com posicionamentos, massagens e substituição de fraldas aos doentes incontinentes (com colaboração dos assistentes operacionais).

No turno da noite (o das 22.30 às 8 horas) asseguram o serviço dois (2) enfermeiros, ficando cada um responsável, de forma equitativa, pelos doentes. Neste turno, existe um (1) assistente operacional (excepção do turno da noite de domingo para segunda-feira no qual são distribuídos três (3) elementos de enfermagem e um (1) assistente operacional). Também neste turno, existe um momento que se destina aos cuidados específicos, nomeadamente, posicionamentos, massagens, substituição de fraldas aos doentes incontinentes (com colaboração das assistentes operacionais).

A equipa médica, nomeadamente os especialistas de medicina interna/chefes de Tira, todos os dias, durante a manhã, avalia os doentes que estão hospitalizados no serviço, sendo os mesmos, posteriormente, distribuídos pelos internos que fazem o registo da situação. Após a distribuição, todos os doentes são observados pelos internos e, no final da manhã reúnem de novo, a fim de, em conjunto, debater os problemas. Sempre que há um doente que suscita mais dúvidas é observado por toda a equipa. Trata-se de uma equipa bastante dinâmica, notando-se uma preocupação no que diz respeito à partilha de decisões no planeamento e na implementação dos cuidados ao doente.

A maioria dos doentes internados neste serviço de medicina é idosa (a faixa etária que prevalece é entre 65 e 80 anos de idade). São doentes provenientes do serviço de urgência, que apresentam as mais variadas e diferentes patologias/diagnósticos médicos: diabetes, hipertensão e doenças do foro nefrológico, urológico, neurológico, cardíaco, respiratório, oncológico. De acordo com as estatísticas, durante os dias em que ocorreu o trabalho de campo, em média, 84% dos doentes internados no serviço tinham idade igual ou superior a 65 anos, com uma demora média de internamento de 7/8 dias.

Devido à idade avançada e patologias de base, os doentes internados – a grande maioria com polipatologias – apresentam uma grande dependência nas suas actividades de vida diárias, necessitando de cuidados ajustados às diferentes necessidades durante a prestação de cuidados. A maioria destes doentes apresenta reinternamentos por descompensação/agudização da sua doença e, em alguns casos, problemas sociais. Quando a lotação é ultrapassada verifica-se a existência de doentes supranumerários em macas (entre um a cinco doentes no período da colheita de dados). As macas vão sendo colocadas, sempre que possível, no corredor do meio com protecção de biombo a fim de manter uma maior e melhor privacidade do doente. Apesar da carga de trabalho ser acrescida, procura-se que os cuidados de saúde sejam assegurados. Relativamente ao movimento dos doentes no serviço, apresentamos um quadro estatístico referente ao ano de 2010, o qual mostra uma elevada taxa de ocupação e uma grande rotatividade de doentes (quadro 4).

Quadro 4 – Actividade em internamento de doentes relativo ao ano 2010

SERVIÇO DE MEDICINA 2C	
Lotação	21
Total doentes	1015
Média de internamento em dias	7,58
Taxa de Ocupação	100,37%
Taxa de Reinternamento	6%
Doentes com idade > 65 anos	76,5%
Média de idades	72

Fonte: Guia de Gestão do Hospital

Notamos que existe a necessidade de diminuir o tempo de internamento, preocupação cada vez mais presente nos hospitais e que visa a optimização económica de

recursos. No entanto, tal colide frequentemente com os interesses dos doentes e dos seus familiares.

O serviço de medicina é centrado num conjunto de actividades habituais e previsíveis. Assim, um dia “típico” de trabalho no serviço, sem intercorrências significativas, inicia-se com a reunião de passagem de turno entre os enfermeiros pelas 8.00h. Estes, reúnem-se na sala de enfermagem, sentam-se à volta de uma mesa redonda “mesa dos enfermeiros”, e inicia-se a reunião que pode demorar cerca de 30/45 minutos, raramente mais do que isso. Os enfermeiros que fizeram o turno da noite (habitualmente dois elementos) relatam o que se passou com cada um dos doentes, guiando-se pelas informações que reuniram numa folha de apoio, designada por “folha de ocorrências”, e que começaram a utilizar/preencher quando receberam o turno às 23 horas do dia anterior. A passagem de turno inicia-se, habitualmente, pelas enfermarias (7,11,8,9,10), quarto individual e por fim os doentes instalados nas macas. É transmitida a informação, relativa a cada um dos doentes internados, considerada relevante para poder ser dada continuidade pelo enfermeiro que entra ao serviço: identificação do doente, alguns dados da sua história de saúde, o seu estado de consciência, os procedimentos/exames realizados, as alterações significativas, o estado de dor ou outro desconforto, a medicação realizada e a sua reacção à mesma. Raramente há evidência de informação directamente relacionada com o conforto do doente. Normalmente, existe um clima de “à vontade”, considerando-se este um momento fulcral não só na transmissão de informação, que permite a continuidade dos cuidados, como também na de partilha de emoções, reflexões, esclarecimentos e até propostas de novas intervenções para o doente. Com frequência os enfermeiros imprimem um tom de voz mais “alegre” ou mais “pesaroso” a esse relato, de acordo com as melhoras ou com o agravamento da situação dos doentes.

Os enfermeiros que se encontram a fazer o turno da manhã registam, na sua “folha de ocorrências”, as informações que consideram pertinentes. Esta folha encontra-se policopiada na frente e verso. Está dividida em vários espaços que possibilitam fazer um registo relativamente à identificação do doente – Nome, Idade, Cama, Diagnóstico, Observações, Exames, Temperatura, Drenagem Vesical, BM Teste e Tensão Arterial, Médico Assistente.

O plano de trabalho diário de enfermagem é semanal e é elaborado pelo enfermeiro-chefe. O enfermeiro de referência daquele turno é o elo de ligação com o enfermeiro-chefe do serviço, ficando também a seu cargo a actualização do quadro colectivo de doentes o qual serve também de apoio, quer a quem transmite quer a quem recebe as ocorrências. Este quadro contém as seguintes informações que possibilita fazer o registo relativo: a Sala,

o nome do Médico, o número da Cama, a Data de Internamento, o Diagnóstico, o Nome, a Idade, os Exames, as Consultas, as Altas, os Cuidados Especiais e a Dieta proposta.

Como já referimos, frequentemente, durante a passagem do turno, os enfermeiros comentam os acontecimentos ocorridos com alguns doentes, em turnos anteriores, propondo às vezes novas estratégias de intervenção. É também durante este período que a enfermeira chefe informa os enfermeiros sobre assuntos relacionados com os doentes ou com o próprio serviço. Com base nesta informação e, em alguns casos, tendo em conta o conhecimento do doente e a experiência prévia em turnos anteriores, os enfermeiros planeiam o seu trabalho, direccionado num ritmo de intervenção habitual (rotinas). Não obstante, procuram fazer uma apreciação do estado do doente, levantando e auscultando necessidades e problemas; determinando os objectivos e planeando as intervenções. Gerem os procedimentos terapêuticos, realizam ou delegam a realização dos cuidados de higiene, de mobilização, de alimentação ou outros. Dividem-se entre a administração da terapêutica das 9h e o pequeno-almoço aos doentes pelos quais são responsáveis, para em seguida iniciarem os cuidados de higiene aos doentes com maior dependência e/ou gravidade clínica, com a colaboração das assistentes operacionais. Os doentes independentes que vão ao duche, são, habitualmente, acompanhados pelas assistentes operacionais. Quer os enfermeiros quer os assistentes operacionais usam sempre luvas e avental de plástico quando procedem aos cuidados de higiene ou ao posicionamento dos doentes.

Quando o pequeno-almoço é distribuído, os doentes traqueostomizados e/ou com reflexo de deglutição diminuído são ajudados pelos enfermeiros. Todos os outros que necessitam de ajuda são alimentados pelos assistentes operacionais, com supervisão dos enfermeiros. Após a administração de terapêutica, o enfermeiro ajuda a sua colega nos cuidados de higiene e/ou em outro tipo de cuidados (realização de pensos, a maioria deles devido a úlceras de pressão, por exemplo). Habitualmente, o enfermeiro avalia os cuidados prestados e articula-se com os outros profissionais.

O movimento no serviço é intenso nesta parte da manhã, altura em que os doentes são também observados pelo médico. Os doentes idosos que se podem levantar permanecem habitualmente nas enfermarias. As portas são abertas após os cuidados de higiene e os posicionamentos e permitem que os doentes acamados sigam com o olhar o movimento dos corredores. Após os cuidados de higiene, as enfermarias ficam com um aspecto limpo e arrumado. Segue-se um período de pausa, aproveitada para fazer uma pequena refeição. Os enfermeiros combinam entre si a distribuição de “quem vai e quem fica”. Quando regressam, dirigem-se para a sala de apoio/enfermagem onde efectuem as alterações de terapêutica dos processos deixados abertos pelos médicos, nos respectivos gabinetes médicos. A sala de enfermagem é um local de bastante movimento durante a

manhã. É utilizada pelos enfermeiros, pelos médicos, pelas assistentes operacionais, pela secretária administrativa, pelas técnicas da farmácia, pela assistente social, pela psicóloga, de entre muitos outros funcionários do hospital, servindo o enfermeiro de elo de articulação no que diz respeito à informação. Perto da hora do almoço, os enfermeiros dirigem-se à sala de enfermagem e iniciam os registos de enfermagem ou, de acordo com a combinação feita entre eles, aproveitam para almoçar, terminando ou iniciando os registos de enfermagem quando regressam do refeitório/ sala de convívio. Os enfermeiros elaboram os registos dos doentes que têm à sua responsabilidade, para documentar a prática e, com frequência, trocam entre si informações sobre os doentes as quais registam no diário de enfermagem. As notas de evolução dos doentes, o registo dos seus sinais vitais, o volume de urina, o BMTeste, a glicosúria e a acetoanúria são efectuados em cada turno.

O almoço dos doentes costuma ser distribuído a partir das 13 horas. Como já referido, os doentes dependentes (com traqueostomia e/ou reflexo de deglutição diminuído) são sempre ajudados pelos enfermeiros. Os restantes doentes, se necessário, são ajudados pelas assistentes operacionais, com supervisão dos enfermeiros. Cerca das 14 horas os enfermeiros, com a colaboração dos assistentes operacionais, vão deitar e posicionar os doentes que fizeram levantar, mudando de posição em S.O.S os doentes acamados. Estas actividades terminam habitualmente por volta das 15 horas. Os enfermeiros dirigem-se então, novamente, para a sala de enfermagem. Terminam os registos e preparam-se para a passagem do turno (às 15 horas). Reunem-se com os colegas que os rendem e seleccionam a informação que consideram pertinente ser passada, enquanto os enfermeiros que vão iniciar o turno da tarde registam, nas suas “folhas de ocorrências”, os dados pertinentes dos doentes que vão ter à sua responsabilidade. Considerando a importância desta informação para a base e planeamento do trabalho, verificamos que é transmitido o que se faz, sem procurar dar evidência à forma como se faz. A passagem do turno tem a duração de cerca de 30 minutos.

O momento das visitas aos doentes acontece no horário das 13h às 19.30h. Cada doente tem direito a quatro visitas por dia, mas somente podem permanecer, simultaneamente, duas pessoas junto do doente. Há uma preocupação, por parte do enfermeiro, em interagir com o doente e as visitas, procurando dar resposta às solicitações dos mesmos.

Após terem recebido o turno, os enfermeiros organizam as actividades da tarde: assinalam, na “folha de ocorrências”, os doentes que têm avaliação de tensão arterial ou que devem ficar em jejum no dia seguinte; preenchem os rótulos de identificação dos doentes que têm análises de urina ou de expectoração para serem efectuadas no turno da

noite; repõem o carro de terapêutica com material variado e seleccionam os soros a serem administrados durante esse turno.

Os enfermeiros do turno da tarde iniciam toda a dinâmica de acordo com o previsto para o turno, tendo em conta os procedimentos efectuados no turno da manhã, agindo de acordo com as necessidades dos doentes. Verifica-se um momento de maior aproximação aos doentes, mais especificamente aos doentes mais dependentes. Assim, são posicionados e massajados. É feita a administração da terapêutica das 18 horas e do jantar. O jantar é distribuído entre as 19h e 20 horas e os doentes que necessitam são ajudados, habitualmente, pelas assistentes operacionais. Por vezes alguns familiares também colaboram. Os enfermeiros, após o seu jantar, o que sucede por volta das 20h/20,30 horas, mantêm-se na sala de enfermagem. Elaboram os registos e, pelas 21h/ 21,30 horas, regressam às enfermarias. Por volta das 22,30 horas os enfermeiros iniciam a passagem de turno da tarde. Cerca da meia-noite, cada enfermeiro inicia a administração de terapêutica e os cuidados necessários aos doentes, tendo em conta a resposta prioritária. Os enfermeiros, auxiliados pela assistente operacional, têm de novo um momento de maior aproximação aos doentes, que é mais ou menos longo, de acordo com o grau de dependência dos doentes e a lotação de serviço.

O hospital possibilita a todos os funcionários que fazem o turno da noite, uma ceia, à qual se segue um período de maior tranquilidade em que se procura dar resposta adequada às necessidades apresentadas pelos doentes. Inicia-se a saída de vela por volta das 5h30, a qual engloba todo um conjunto de procedimentos: a administração de terapêutica, as alimentações entéricas em curso, a avaliação da temperatura timpânica a todos os doentes, os posicionamentos e, outros cuidados necessários, como por exemplo, a aspiração de secreções. Os enfermeiros voltam a reunir-se na sala de trabalho de enfermagem e terminam os registos de enfermagem que já tinham iniciado após o período da ceia. É aqui que aguardam a chegada dos enfermeiros que vêm fazer o turno da manhã.

Pelas 8h horas é iniciada a passagem do turno e, cada enfermeiro transmite as ocorrências dos doentes por quem é responsável. A passagem de turno é para o enfermeiro-chefe uma forma de supervisionar a qualidade dos cuidados, perceber as dificuldades individuais e da equipa em geral, adequar estratégias que permitam uma melhor gestão dos recursos humanos e materiais na procura de uma prestação de cuidados mais humanizada, tendo em conta os cuidados centrados no doente e família. Em qualquer dos turnos, os enfermeiros escutam, apoiam os doentes e, se necessário, procedem ao acolhimento do doente que é hospitalizado.

Para a prática dos cuidados e para uma melhor articulação interdisciplinar, o serviço tem directrizes bem definidas, que suportam os procedimentos. Aquando da admissão do doente no serviço, realiza-se o processo de acolhimento e a entrevista de colheita de dados inicial (feita em instrumento próprio). Esta reflecte algumas das preocupações existentes tais como: a percepção da doença pelo doente, a avaliação do desempenho das actividades básicas de vida diária (ABVDs), a avaliação da dor e de outros sintomas e a avaliação da integridade da pele, entre outros aspectos multifocais alvos de atenção por parte dos enfermeiros. Nesta altura é entregue ao doente o guia de acolhimento com informações variadas, que se pretende que seja esclarecedor e informativo. Cabe ao enfermeiro que fez o processo de acolhimento assumir a responsabilidade deste doente, neste turno. Em turnos que se seguem, outros enfermeiros poderão assumir a responsabilidade dos cuidados de enfermagem.

É efectuado a todos os doentes a monitorização das úlceras de pressão utilizando a escala de Braden, a monitorização de quedas utilizando a escala de Downton e a monitorização da dor utilizando a escala mais adequada à especificidade de cada doente. A vigilância do estado geral do doente, a avaliação cuidadosa e atempada das suas necessidades, o integrar o cuidador na relação terapêutica do seu doente, o acompanhamento, o ensino e a função de apoio / ajuda nos cuidados ao doente em fim de vida, possibilitam aos enfermeiros agir em direcção ao conforto e bem-estar global, constatando que na prática, o enfermeiro assume este papel, fruto da relação privilegiada que estabelece com o doente/família. Evidenciou-se a utilização de terapêuticas complementares, tais como, a musicoterapia e a massagem terapêutica.

Face às necessidades dos doentes e, embora os enfermeiros manifestassem sentir-se, por vezes, sobrecarregados, (dado o número de enfermeiros a trabalhar em cada turno ser, algumas vezes, considerado insuficiente face às necessidades dos doentes), havia preocupação em responder às necessidades globais dos doentes hospitalizados, verificando-se uma maior atenção ao doente com dependência e procurando-se seguir o método de trabalho planeado. Será assim de fácil entendimento que, por tudo isto, o tempo necessário ao cuidado é, por vezes, escasso, conduzindo a uma brevidade na interacção, o que reduz o tempo que o enfermeiro tem para “estar com” o doente, principalmente quando o grau de dependência é elevado, facto que conduz a uma maior exigência dos cuidados de enfermagem.

No que diz respeito à continuidade dos cuidados, esta procura ser assegurada, tanto quanto possível, pela transmissão de ocorrências orais “reunião de passagem de turno” e

escritas “registos de enfermagem” que se realizam entre cada turno. Verificamos que são efectuados registos pouco demonstrativos da expressividade das necessidades de conforto do doente e dos cuidados autónomos confortadores, nomeadamente das intervenções/estratégias utilizadas com esse fim. Também, as reuniões de transmissão de ocorrências orais se constituem como momentos de pouco relevo, relativamente ao nosso objecto de estudo. Todavia, há preocupação e sensibilização do enfermeiro-chefe para a temática que estudamos, promovendo, sempre que possível, alguma reflexão sobre a importância da mesma, nos cuidados geriátricos.

A alta do doente é devidamente preparada e sempre acompanhada com “carta de alta de enfermagem”. Há igualmente uma preocupação, por parte dos enfermeiros, para uma melhor articulação com a assistente social em situações de doentes com necessidades de apoio domiciliário e, uma referência, se necessário, aos cuidados continuados/equipa de gestão de altas, mobilizando-se frequentemente, como recurso, a comunicação com os Centros de Saúde, permitindo assim a continuidade dos cuidados.

Para uma articulação mais organizada da equipa, realizam-se reuniões com cada equipa de enfermagem com periodicidade variável, habitualmente três por ano com a equipa de enfermagem e, sempre que necessário, com os enfermeiros chefes de equipa. Relativamente às reuniões com os assistentes operacionais acontecem habitualmente com a periodicidade de três por ano.

Apesar de não existirem reuniões de articulação com a equipa multidisciplinar, há a preocupação de uma organização de trabalho partilhada pelos profissionais, para uma resposta adequada e cabal às situações de saúde dos doentes. É visível a preocupação dos enfermeiros numa melhor articulação com outros profissionais, nomeadamente médicos, assistente social e dietista, entre outros. Reconhece-se que, neste contexto, existe uma tendência contrária ao que Carapinheiro (1998), reconheceu, no seu estudo, como saber central – o saber médico – em detrimento do saber dos enfermeiros e de outros elementos profissionais, estes considerados como saberes periféricos. Verifica-se assim uma matriz de orientação horizontal, que visa o desenvolvimento das relações interpessoais, numa postura de enfermagem activa e dinâmica procurando os enfermeiros serem autónomos nas decisões que tomam com vista ao bem-estar dos doentes e família.

Trata-se de um serviço de internamento no qual o doente idoso/família e os seus cuidados surgem como elementos centrais da acção dos enfermeiros, sob influência dos modelos de cariz psicossocial. O ambiente do serviço é favorável à manutenção de relações humanizadas aos doentes e suas famílias, havendo uma preocupação em os conhecer melhor, numa procura valorizada da participação dos mesmos nos cuidados a prestar.

Atendendo à natureza da problemática, considerámos que a presença do investigador no contexto (serviço de medicina), se constitui como fundamental para poder observar e compreender as vivências situacionais de um conjunto de actores, profissionais de saúde e doentes, que agem e interagem numa unidade hospitalar sob influência de múltiplos factores (pessoais, familiares e organizacionais) no que concerne à utilização/vivência do conceito de conforto, dando forma e sentido à realidade social da qual o doente faz parte integrante durante o internamento hospitalar, com probabilidade marcante de encontrar manifestações do fenómeno em estudo.

Assim, com vista a uma melhor compreensão dos dados, caracterizámos o contexto observado, tendo em conta o nosso objecto de estudo.

Passamos a explicitar o processo de recolha da informação realçando, na procura de uma melhor compreensão, o papel que tivemos como investigadora na observação participante, lembrando que a entrada no campo constitui um momento privilegiado pela importância fulcral a considerar no processo de familiarização do investigador com o campo e, dos actores envolvidos, com a pesquisa.

3.2. O PROCESSO DE RECOLHA DA INFORMAÇÃO

Com a finalidade de “desvendar” a realidade e, reconhecendo que o etnógrafo é o principal instrumento de pesquisa, utilizamos neste estudo, como instrumentos de recolha de dados, a observação participante, a entrevista e ainda a análise de documentos (Spradley, 1980; Lessard-Herbert, et al, 1990; Bogdan & Biklen, 1994; Denzin & Lincon, 1995; Streubert & Carpenter, 2002; Latimer, 2003). A entrada e a permanência no serviço foram previamente preparadas, com a enfermeira supervisora e, mais detalhadamente, com a enfermeira chefe, de modo a que ocorressem da forma mais natural possível.

Conscientes de que a pesquisa etnográfica é longa e, condicionadas pela nossa actividade profissional – o que nos limitava a permanência no campo de investigação de uma forma continuada – o tempo que dedicámos ao trabalho de campo foi prolongado, tendo decorrido ao longo de cerca de dois anos.

3.2.1. A observação participante

Sendo desejável conhecer o significado total do contexto, a observação participante é condição necessária e constitui-se numa das técnicas mais relevantes na recolha de dados da pesquisa etnográfica, considerada de excelência, sendo exigido que ocorra numa unidade social, em que o investigador se torna parte da subcultura (Spradley, 1980). A observação participante permite uma análise indutiva e compreensiva, sendo uma forma de vivenciar e analisar que implica um compromisso de entrega total para entender a cultura numa visão interpretativa e holística. Prevê-se que o investigador, inserido no contexto em estudo, tenha acesso ao mundo social experienciado pelos actores nos acontecimentos e nas situações que vão decorrendo num determinado período de tempo, permitindo-lhe estabelecer relações com os informantes e possibilitando um contacto directo com o fenómeno em estudo.

O investigador, ao utilizar a observação participante, tem que desenvolver uma série de tarefas enunciadas por Becker (1958, cit.in Burgess, 2001: 86) "O observador participante reúne dados porque participa na vida quotidiano do grupo ou da organização que estuda. Ele observa as pessoas que estuda de forma a ver em que situações se encontram e como se comportam nelas. Ele estabelece conversa com alguns ou todos os participantes nestas situações e descobre a interpretação que eles dão aos acontecimentos que observa". Deste modo, esta técnica permite compreender melhor o significado que os actores atribuem aquilo que os rodeia e às suas próprias acções, recolhendo, registando e interpretando os dados mediante a participação na vida de grupo.

Apesar das vantagens deste método, alguns autores chamam a atenção para aspectos que se constituem como possíveis dificuldades, e que "(...) residem, essencialmente, na possibilidade do investigador influenciar o contexto ou ser influenciado por este" (Pereira, 2008: 181), enquanto outros autores alegam que os ambientes sociais são relativamente estáveis, desvalorizando a situação (Pereira, 2008). Assim, o sucesso na utilização da observação participante depende da habilidade do investigador em estabelecer relações de confiança e de respeito mútuo com os informantes, num distanciamento crítico necessário (Parreira, 2000). Também Bogdan & Biklen (1994: 60) salientam que, se por um lado o investigador entra no "mundo do sujeito", por outro continua a pertencer ao "mundo de fora".

Não devemos ainda esquecer a neutralidade que este método requer na sua operacionalização (o manter uma "atitude de novo" que nos permita apreciar todos os

acontecimentos e o “estar sensível” à própria experiência convertendo-nos numa fonte de dados), o que acontece neste processo de investigação, pelo facto de existir um distanciamento e desconhecimento por parte do investigador em relação à unidade social em estudo, colocando-se assim como determinante a escolha do contexto.

3.2.1.1. O papel do investigador na observação participante

Os métodos qualitativos realçam o papel significativo do sujeito como instrumento de investigação pelo que, o investigador, no papel de observador, necessita de reflectir sobre a forma como penetrar nas situações sociais a fim de estabelecer relações com os informantes e compreender o mundo deles, procurando “conquistar” o espaço de observação (Burgess, 2001). Para tal, e como já referimos, a entrada em campo constitui uma “(...) etapa particularmente delicada, sobretudo quando visa uma permanência prolongada do investigador nos espaços quotidianos das práticas e relações sociais (...)” (Costa, 2009: 26), pelo que procurámos prepará-la junto da equipa de saúde. Ainda antes de obtermos a autorização formal para a recolha de dados, foi-nos concedida formalmente autorização para efectuar o conhecimento do campo. Aproveitámos a presença de estudantes em ensino clínico, neste serviço e sob a orientação de uma colega a trabalhar na nossa instituição, para estreitarmos a relação de proximidade com os elementos da equipa de saúde.

A aproximação ao terreno possibilitou-nos alguns contactos informais com os diversos actores do serviço, com o objectivo de informar da nossa presença, bem como do trabalho que pretendemos desenvolver, motivação e interesse para a realização do estudo, objectivos e previsão do início do trabalho empírico. Apesar do desconhecimento em relação ao campo, o acesso decorreu com bastante aceitação por parte de todos os elementos, mais concretamente dos enfermeiros e dos doentes, numa expressão espontânea, por parte dos enfermeiros, de votos de “seja bem-vinda” e o desejo de “bom trabalho”. O enfermeiro-chefe revelou-se fundamental para a progressiva apresentação ao grupo.

A relação de proximidade e confiança é um processo de natureza complexa que assenta essencialmente numa relação empática, procurando a conquista da aceitação e o desenvolvimento de uma confiança crescente. Apesar de termos aprendido teoricamente como “fazer”, sentiamo-nos inseguras e com algum receio, embora com imensa vontade e desejo de dar continuidade a esta “viagem”. Esta motivação teve o seu reforço, por parte dos enfermeiros, quando num dos dias da nossa apresentação um deles nos dizia: “Este

trabalho é muito importante; é muito bom sabermos como melhorar o conforto dos nossos doentes”.

O processo de conhecimento surgiu como uma estratégia indispensável pois permitiu-nos levantar algumas questões (onde, quem, o quê e quando): quem está presente no serviço? Que papéis desempenham os diferentes actores? O que fazem os enfermeiros com os doentes idosos? Em que situações é que os enfermeiros se aproximam dos doentes? Os enfermeiros conversam com os doentes? E os doentes, manifestam as suas necessidades? Que tipo de solicitações são feitas pelos doentes? Como se manifesta o doente quando é tocado pelo enfermeiro? Em que situações de cuidados os enfermeiros estão presentes? Qual o efeito da presença/distância do enfermeiro junto dos doentes idosos? O enfermeiro está atento ao fâcies do doente quando este apresenta sinais de sofrimento?

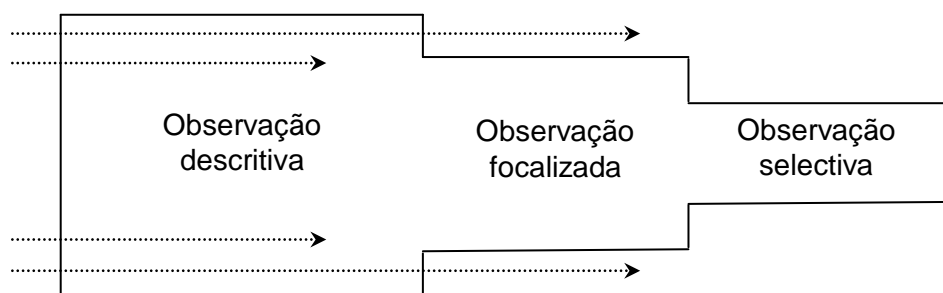
As incursões no campo de estudo permitiram também tomar algumas decisões no que diz respeito aos critérios de inclusão dos participantes/informantes e à construção e modo de desenvolver a observação e a entrevista. Assim, para que a observação possa ser usada como instrumento de investigação, deve ser definida com precisão. O tipo de observação que optámos foi o que Spradley (1980) chama de “participação moderada”, onde se procura manter um equilíbrio entre a participação e a observação (Spradley, 1980: 61). Sabendo que a interacção com os participantes é uma condição importante, a “participação permite ao investigador, experimentar directamente as actividades, sentir os eventos, e registar as suas próprias percepções” (Spradley, 1980: 51). No entanto, o investigador toma notas, por vezes até participa, mas não atinge o estatuto nem as habilidades dos sujeitos do estudo, tendo uma participação reduzida na interacção, para que a influência seja a menor possível.

Relativamente ao grupo dos enfermeiros, a selecção dos informantes, nomeadamente a dos informantes-chave, foi baseada nas propostas de Spradley (1980), relativamente à necessidade de um grande conhecimento da cultura em estudo, à disponibilidade e interesse em participar, bem como, tendo em conta o horário dos enfermeiros e do próprio investigador. Assim, dos dezoito (18) enfermeiros do serviço considerados como informantes “gerais”, escolhemos seis (6) como informantes-chave. Decidimos, como critério, observar um leque variado de enfermeiros, de modo a abranger elementos de diversas idades, e com mais experiência, embora fosse nossa intenção observar desde iniciados a peritos. Optámos por seleccionar os elementos do serviço que estavam directamente envolvidos na prestação de cuidados aos doentes idosos crónicos hospitalizados, e com quem nos cruzámos mais, considerando o doente idoso crónico

qualquer indivíduo (de ambos os géneros) com sessenta e cinco e mais anos com vivência de, pelo menos, uma condição crónica (WHO, 2002a, 2009). Desde logo, nos centralizámos nos doentes seleccionados e nos momentos definidos.

Apesar de estarmos em conexão com o campo desde o ano de 2007, a colheita de dados ocorreu no período de Setembro de 2009 a Setembro de 2011. Durante este período, o tempo de permanência foi variável, oscilando entre três e as cinco horas (3h a 5h) por dia, em períodos intercalados, distribuídos nos três turnos (manhã, tarde e noite) e em momentos diferentes do dia, por consideramos importante acompanhar os enfermeiros ao longo dos mesmos, numa procura da informação o mais fiel possível. No entanto, privilegiámos os turnos da manhã e da tarde por se apresentarem como os mais “ricos”, relativamente ao maior número de actores em campo. Adoptámos uma postura discreta, colocando-nos numa posição “prudente”, de não invasão do campo, a partir da qual nos possível ver o que se passava, estando atentas a qualquer situação que nos parecesse ser importante para o fenómeno em estudo (Spradley, 1980; De La Cuesta, 1999). Foi ainda nossa preocupação, sabendo que se torna importante no período de observação procurar perturbar o menos possível de forma a fazer com que o ambiente habitual permaneça tal como é no seu quotidiano, usar roupa discreta e cuidada, tendo sido combinado com as enfermeiras usar um “guarda pó/bata branca” por cima da roupa (objecto utilizado por muito dos actores que frequentavam o serviço). Considerámos que foi uma boa opção, tendo em conta o que Bogdan & Biklen (1994) recomendam, relativamente à importância do investigador usar códigos de vestuário que se integrem no contexto.

Sustentada nas questões iniciais, iniciámos a observação por uma abordagem de *grande-volta*, com registo descritivo, objectivo e exaustivo do observado, permitindo-nos identificar situações, espaços, movimentos dos actores, actividades, finalidades e sentimentos expressos (Spradley, 1980). Assumimos que, na fase inicial, algumas vivências foram incómodas, desconfortantes e até desgatantes, num esforço constante de querer “tudo ver, fixar e ouvir”. Mas com o passar dos dias, estas sensações foram diminuindo. Spradley (1980), sublinha que o investigador que faz observação participante não deverá cair na tentação de querer observar sempre tudo, sabendo no entanto que este processo se traduz numa caminhada, isto é, num contínuo que passa por, numa primeira fase, observar e descrever praticamente tudo (observação alargada descritiva), para progressivamente focalizar a observação e realizar uma observação mais selectiva (diagrama 4).

Diagrama 4 – Progressão da observação realizada

Fonte: Adaptado de Spradley, (1980: 34)

A análise da informação remeteu-nos para a abordagem de *mini volta*, numa procura de informação específica, tendo em conta as questões que emergiram (Spradley, 1980). A observação vai assim progredindo, sendo planificada e focalizada num objectivo concreto, determinando os aspectos, os lugares e as pessoas a observar. Compreender a natureza do processo de conforto implica identificar as especificidades deste mesmo processo, sendo necessário estudar e entender a organização em geral, os actores no quotidiano e o sentido das suas acções.

Assim, tomando parte da vida quotidiana do grupo, a focalização teve em conta os três principais enfoques, – os actores, os cuidados e os artefactos – tendo por base a grelha de observação e as dimensões de Spradley (1980: 78) e Patton (1990: 218), relativas a qualquer situação social, tendo em vista o fenómeno em estudo:

- O espaço – que identifica o lugar físico ou lugares onde se desenvolvem as interacções (contexto físico: espaço, luz, ruído, temperatura)
- Os actores – as pessoas que estão envolvidas no processo de investigação;
- As actividades – as acções realizadas pelos actores onde se incluem os cuidados prestados aos doentes e as conversas entre os actores; comportamentos;
- As sequências estabelecidas nos cuidados pelos actores e o modo como são estabelecidas as prioridades;
- Os objectos – as coisas/elementos físicos que estão presentes no espaço e que poderão fornecer dados importantes sobre a cultura;
- Actos – acções simples que os actores realizam.
- Os não actos (as omissões) – o que seria de esperar que acontecesse e não acontece;
- Acontecimentos – actividades que são desenvolvidas pelos actores do estudo e as interpretações contextuais sobre os acontecimentos que são observados;
- Tempo – relato da sequência temporal em que ocorrem as observações que se realizam;
- Objectivos – referir-se concretamente a tudo o que as pessoas pretendem realizar;

- Sentimentos – as emoções sentidas e expressas.

Percebemos que se tornava necessário observar os diferentes espaços do serviço, nomeadamente enfermarias, sala de refeições dos doentes, corredores e outros espaços e, tendo em conta a situação de observação e o estágio da análise, assim foi dado maior ou menor relevo às referidas dimensões, com o objectivo de perceber a inter-relação das dinâmicas do serviço e a sua relação com o processo de conforto do doente idoso. Os objectivos vão para além da descrição, permitindo a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento (Spradley, 1980).

Ao assumirmos o papel de participação moderada com a equipa de enfermagem, desde logo a nossa participação em pequenos e simples trabalhos foi importante, na medida em que, progressivamente, nos sentíamos menos intrusas. No entanto, perante a sobrecarga de trabalho sentimos algum constrangimento quando não podíamos ajudar os enfermeiros a realizar determinadas actividades, embora sentindo que tal situação sempre foi bem compreendida pela equipa.

Conversar com os doentes idosos com doença crónica, permitiu uma maior aproximação ao contexto dos cuidados que se realizavam nas salas/enfermarias. No entanto, sentimos algum incómodo/desconforto, já que percebíamos a necessidade que os doentes tinham de conversar, pelo que procurámos dosear o tempo de conversa com os doentes e a colaboração em algumas actividades junto dos enfermeiros, isto é, dar pequenas ajudas, mais concretamente, nos cuidados de higiene, durante os posicionamentos ou facilitar o material quando necessário.

Sentimos que, gradualmente, as conversas (quer durante os períodos de trabalho, quer nas pausas), se tornaram mais fáceis e talvez mais naturais, beneficiando de um clima descontraído em que por vezes a brincadeira e o humor também tiveram lugar. As conversas pareciam seguir o fluxo normal, partilhando os enfermeiros connosco, situações e acontecimentos de alguns idosos e auscultando a nossa opinião sobre determinados aspectos. Sentíamos que, com o decorrer do tempo, a percepção de sermos aceites ia aumentando. Por vezes, confrontávamo-nos com algumas afirmações vindas dos enfermeiros: “ Bem...bem...temos que lhe marcar falta! Por onde tem andado?” e ainda “ Só agora..hum...não quer mais nada com a gente..!” Todas estas expressões eram ditas com um ar sorridente.

Estamos conscientes da importância de evitar que os nossos preconceitos interfiram na observação e interpretação realizada. A informalidade nas diferentes situações de vida

do dia-a-dia é vista como uma estratégia para minimizar os efeitos da presença do investigador, diminuindo a interferência que possa ser provocada no contexto social (Cardoso, 2000). A este respeito, Leininger (1985) salienta a necessidade do investigador saber estar com as pessoas em campo e consigo mesmo, despojado de preconceitos e capaz de desenvolver um “novo olhar” sobre os participantes, sem o prévio rótulo de, “certo ou errado”. Participamos na vida diária, observando, questionando, escutando, colhendo informações e reflectindo. Apesar da diversificação dos actores a observar sabíamos que, dada a complexidade do contexto e do método utilizado, não só haveria necessidade de reajustamentos de decisões, bem como, outras decisões só poderiam ser tomadas ao longo do trabalho de campo. A posição do investigador foi, assim, sendo definida. O trabalho de observação tomou assim outro “encanto” pois tudo fluía naturalmente.

A observação participante é dinâmica e envolvente. Observámos as pessoas, as actividades, os comportamentos, as situações, as interacções, os acontecimentos e com base nas dimensões propostas e nos objectivos da nossa investigação, sistematizámos um conjunto de questões para orientar a nossa observação, tendo em conta os eixos de investigação: (i) as necessidades de cuidados de saúde – apreciação intencional das necessidades de conforto experimentadas pelos doentes, (ii) as medidas/cuidados que promovem conforto – situações de cuidados que permitem a utilização do conceito de conforto como resposta às necessidades do mesmo, isto é, acções/intervenções que na abordagem dessas necessidades são promotoras de conforto e (iii) os papéis dos vários actores na prestação de cuidados de conforto e a sua inter-relação com as dinâmicas do contexto/serviço (condicionantes organizacionais), (Anexo III).

Deste modo, concentradas e atentas ao movimento das enfermeiras, dos doentes, dos familiares e dos restantes actores, consideramos que, na observação selectiva, nos devíamos focalizar nas interacções entre o enfermeiro e o doente idoso crónico, enquanto situação social. Seleccionámos os momentos em que os enfermeiros prestavam cuidados aos idosos com doença crónica e decidimos que a observação se focalizava em qualquer intervenção de enfermagem que acontecesse com (ou para) um doente. Focalizámo-nos nas situações em que os enfermeiros prestavam os cuidados de higiene aos doentes, procediam à sua mobilização, à sua alimentação, administravam terapêutica, ou ainda, noutras situações em que conversavam ou forneciam explicações necessárias.

Não obstante, e após algumas incursões ao serviço, percebemos ser vantajoso acompanhar um enfermeiro durante um determinado período de tempo, já que permitiria estabelecer uma relação de maior proximidade e confiança com os informantes, facto que se reveste de extrema importância quando se utiliza a observação participante (Bogdan &

Biklen, 1994). A este propósito, Leininger (1985: 14) diz que a metodologia qualitativa procura “...qualidade: natureza, significado e atributos...” Assim, não era nossa intenção atender à quantidade, nem à categoria que representam os informantes, pois o número de sujeitos depende do que se quer encontrar, de como os dados serão usados e dos recursos que dispomos para efectuar o estudo, nomeadamente, o tempo disponível (De La Cuesta, 1999), pelo que, foi nossa preocupação evidenciar a riqueza individual, já que nos estudos qualitativos a compreensão e a validade dependem mais da riqueza da informação colhida e da saturação dos dados, do que da quantidade da mesma.

Imediatamente após os momentos de observação, aconteciam as conversas informais, ou seja, pequenas conversas não estruturadas (consideradas na perspectiva de Burgess, (2001), como observação informal interpretativa), com os enfermeiros, com os doentes e com os familiares/pessoa significativa e ainda com outros actores profissionais (médico, assistente operacional, assistente social e capelão) a fim de obter esclarecimentos, e completar e validar alguns dados obtidos pela observação, colocando questões que permitiam clarificar intenções e obter descrições detalhadas das situações e interações. A observação tem que ser rigorosa, ou seja, submetida a controlo de veracidade, objectividade e fiabilidade (Leininger, 1985; Lessard-Hébert, 1990; Denzin & Lincoln, 1995). Considerámos importante e fundamental obter o ponto de vista dos actores intervenientes, visto constituírem dados fundamentais associados a outro tipo de informação já obtida através da observação. Dado que observar pressupõe a mobilização de um quadro conceptual que não pode ser desenvolvido à margem do sujeito, a objectividade passou por clarificar, com os participantes, as observações realizadas, validando-as, possibilitando assim aceder à compreensão das situações reais vividas.

Durante esta caminhada, íamos procedendo ao registo das notas no “caderno de campo”. Estas eram, discretamente, redigidas em forma de tópicos/frases-chave num bloco de apontamentos, no local de observação para evitar percas de informação, já que a riqueza dos diversos momentos não é fidedignamente retida. Muitas vezes optámos por nos distanciar do local e ir para um gabinete (gabinete do enfermeiro-chefe), a fim de não nos distanciarmos do registo. Após cada período de observação, no mesmo dia e fora do local, de forma pormenorizada, reescreviamos as notas de campo, já em extensão e em suporte informático, para evitarmos que houvesse perda de informação e permitir que se fizesse uma reflexão sobre a descrição realizada (Spradley, 1980).

Optámos por trazer connosco os objectivos do estudo, já que estes, nos ajudavam a recentrar na finalidade do mesmo. Procurámos fazer as descrições dos diálogos nas próprias palavras dos informantes, a fim de tornar os registos mais fáceis. Spradley (1980:

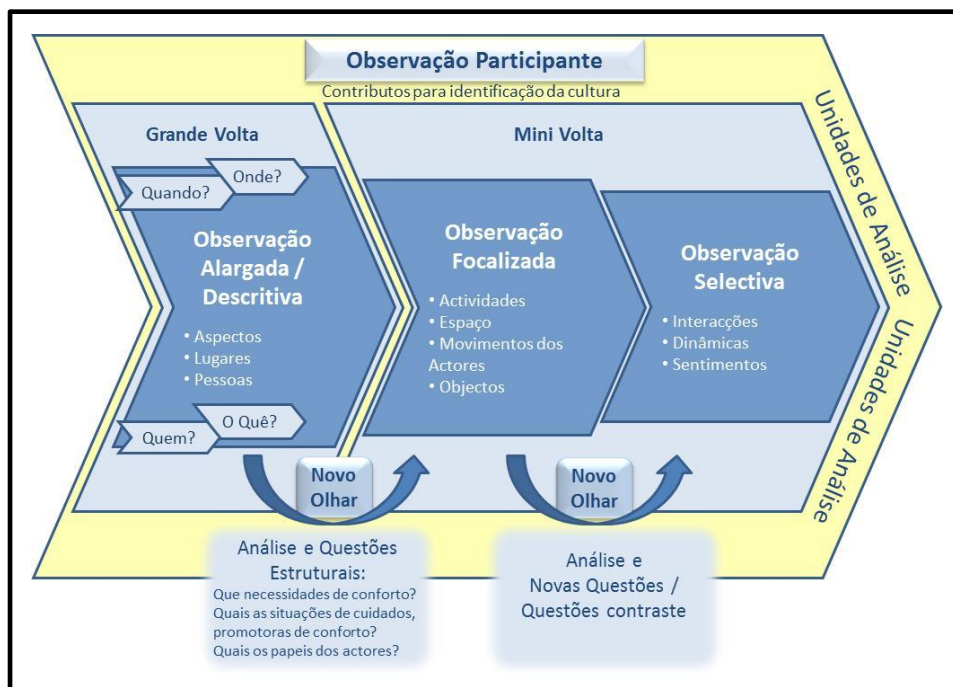
65) sublinha três princípios fundamentais na realização dos registos (i) identificação da linguagem utilizada (linguagem do investigador, linguagem científica, linguagem do local, linguagem «calão», linguagem dos actores – doentes, familiares, enfermeiros, médicos); (ii) verbatim que consiste em escrever palavra por palavra o que as pessoas dizem, evitando enviesar ou condensar; (iii) utilizar uma linguagem concreta, evitar sintetizar, abreviar ou fazer generalizações, atendendo ao maior número possível de detalhes. Percebemos que os registos que realizámos nos exigiam muito tempo, tal como Bogdan & Biklen (1994: 170) referem “ (...) especialmente para as primeiras observações, dê pelo menos três vezes mais tempo para escrever do que para observar”.

As notas de campo incluíam os acontecimentos de âmbito geral, observados naquele dia e específicos de cada caso, de cada interacção. Procurámos ser minuciosas e registávamos ideias, dúvidas, relações entre factos, dificuldades e acontecimentos em campo, assim como as impressões subjectivas decorrentes desses acontecimentos, as situações constrangedoras, os receios, acrescentando todos os aspectos considerados relevantes, pertinentes e de utilidade à compreensão do fenómeno em estudo, mas sempre longe do olhar da (s) pessoa (s) observada (s), a fim de garantir o princípio do anonimato e minimizar o «efeito de observador» (Spradley, 1980). O registo cuidadoso permite fazer observações detalhadas de determinadas situações com carácter reflexivo, possibilitando a confirmação dos dados, levando à necessidade de mais observações e à descoberta de coisas que nos passam despercebidas. Não podemos deixar de referir a importância dos “Memos”, dado que, quase sempre, após abandonar o campo reflectíamos em redor do que experienciámos na observação, a fim de explicar, para além do descrever. O registo das notas de campo teve por base o preconizado por Bogdan & Biklen (1994), na medida em que observámos a acção, registámo-la fazendo uma descrição da mesma e do contexto, seguindo-se o registo da reflexão sobre a descrição e eventuais categorias que vão emergindo.

Deste modo, no decurso da nossa acção, à medida que nos íamos focalizando na observação, também as notas começaram a ser mais sucintas, focando aspectos de relevância e acontecimentos novos, apesar de começarmos a sentir que já pouco de novo ia acontecendo. Por outro lado, o trabalho de reflexão sobre pequenas ou grandes partes dos dados tornou-se essencial, porque ajudou a estruturar e a interpretar os dados em contexto, procurando distinguir o essencial do circunstancial, o significativo do insignificante, levando à descoberta de possíveis categorias. Recordar como todo o processo se desenvolveu permite “olhar para trás” com vista à recolha de significados concretos e objectivos, reflectindo sobre as possíveis hipóteses, procurando aferir e perceber a adequação nas tomadas de decisão.

A observação decorreu de forma dinâmica e sistematizada (Spradley, 1980), tal como procurámos demonstrar no diagrama 5:

Diagrama 5 – Representação esquemática da observação participante



Com a observação participante procurámos identificar dados que nos permitissem perceber as necessidades de conforto dos doentes idosos, as situações de cuidados promotoras de conforto – as suas características, as relações entre elas e os papéis dos vários actores – a complexidade das relações confortadoras com o contexto e a forma como as condicionantes organizacionais influenciavam as dinâmicas dos vários actores na construção do processo de conforto e ainda o significado do conceito de conforto para os doentes idosos crónicos e para os enfermeiros, no serviço de medicina.

Tendo em conta o tema da investigação, as finalidades do estudo e o quadro conceptual que a sustenta, a observação focalizada e centrada nos eixos de investigação e nas unidades de análise definidas, permitiu “trazer à tona” diversos domínios, categorias e subcategorias que foram continuamente trabalhados e tomando sentido ao longo da análise dos dados. Foi uma experiência de grande envolvimento e muito absorvente, embora algo solitária, tal como refere Bogdan & Biklen (1994: 108) “o investigador enfrenta, isoladamente, o mundo empirico, partindo só, para voltar com os resultados”, o que exige uma preparação cuidada em conjugação com alguns requisitos indispensáveis ao investigador, tais como a atenção, a sensibilidade e a paciência (Correia, 2009).

Simultaneamente com os registos de observação e, com a possibilidade de virmos a clarificar aspectos observados e anotados, recorreremos também à técnica da entrevista para a saturação teórica das categorias emergentes. As entrevistas aconteceram consoante o objectivo e o momento de recolha de dados, ora na modalidade de formais e semi-estruturadas, a enfermeiros e doentes idosos, ora informais, em conjugação com a observação da interacção.

3.2.2. A entrevista

A entrevista, enquanto técnica de colheita de dados, assume-se como um processo de descoberta e sistematização da informação pela possibilidade de explorar, aprofundar e clarificar alguns pontos do discurso dos informantes, permitindo uma melhor explicitação das suas vivências. Permite ter acesso ao sentido que os actores dão aos acontecimentos, podendo o investigador clarificar o conhecimento proveniente da observação, confrontando o que observa com o que ouve, aferindo as significações atribuídas ao que observou, explorando e clarificando ideias ou opiniões, com a finalidade de compreender o significado que cada sujeito atribui ao fenómeno que estamos a investigar, através de uma relação de interacção face a face.

Na perspectiva de Bogdan & Biklen (1994), a utilização de diferentes tipos de entrevistas em diferentes fases do estudo possibilita esclarecer as interacções observadas entre os actores em estudo e obter a compreensão geral das perspectivas sobre o assunto. Neste sentido, como já referimos, realizámos a entrevista informal/conversa informal, ou seja, a conversa com um objectivo próprio, que, embora com conteúdo menos previsível, era centrada em questões etnográficas, (Spradley, 1980), as quais levassem os participantes a explicitar a situação, o sentido e o resultado das acções na relação com a experiência de conforto. Esta aconteceu no decorrer da observação (participante) a todos os actores observados (profissionais de saúde, doentes e familiares), com vista a uma melhor compreensão das situações observadas e com a finalidade de obter o ponto de vista dos actores e as suas representações. Estas entrevistas foram registadas em notas de campo, por ocorrerem durante o período de observação e por serem habitualmente breves, tendo sido posteriormente reconstituídas num verbatim.

Considerando que pretendíamos compreender a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, tendo em conta a complexidade e especificidade deste processo, o recurso à entrevista semi-estruturada pareceu-nos fundamental. Esta

assemelha-se a uma conversa com os participantes, uma vez que são pessoas já conhecidas e pode surgir pela necessidade de se obter mais dados objectivos, mais informações acerca do fenómeno em estudo, contribuindo para um maior aprofundamento das informações e evitando também possíveis enviesamentos (Pereira, 2008). Foi realizada aos actores: enfermeiros e doentes idosos com doença crónica.

Os critérios que suportaram a selecção dos actores a entrevistar tiveram como base a observação e a análise, tendo em conta o que pretendemos clarificar para validação dos dados. Assim, consideramos útil entrevistar os seis (6) enfermeiros informantes-chave e doze (12) enfermeiros dos que considerámos serem informantes “gerais” e que mais acompanhámos nos diferentes turnos, num total de dezoito (18) entrevistas. Tal, possibilitaria não só o conhecimento do quadro de referência dos mesmos, como também aceder aos construtos que os mesmos utilizam para descrever o seu mundo, a sua identidade, o que fazem, os motivos porque fazem, explorando aspectos que não tinham ficado claros durante a observação (Spradley, 1980; Ghiglione & Matalon, 1993). Dada a natureza da investigação – qualitativa – o consentimento informado, também denominado de tomada de decisão consensual, deve ser um processo contínuo, exigindo que se faça uma reavaliação e renegociação ao longo do mesmo, por parte dos participantes do estudo (Streubert & Carpenter, 2002: 41). Todos os enfermeiros se mostraram receptivos ao nosso pedido, embora alguns expressassem, logo de início, algum receio não só pela dificuldade na abordagem da temática, como também pela sua subjectividade e complexidade da mesma. Procurámos tranquilizá-los a este respeito.

No que diz respeito aos participantes doentes idosos com doença crónica, realizámos entrevistas a vinte e dois (22) doentes, de ambos os sexos, internados no serviço e que preenchiam os seguintes critérios: (i) ter idade igual ou superior a 65 anos; (ii) estar consciente e orientado ou com capacidade para responder oralmente e produzir um discurso coerente; (iii) enfrentar hospitalização em qualquer fase da sua doença crónica, nomeadamente por agudização da mesma; (iii) aceitar participar no estudo partilhando a sua vivência de “conforto”, aspecto que foi objecto de análise cuidada. A selecção dos doentes idosos foi realizada pela investigadora, com a colaboração dos enfermeiros presentes no respectivo turno, tendo por base o conhecimento prévio dos doentes e as informações obtidas durante a passagem de turno, ou ainda mediante consulta dos dados no quadro de doentes afixado na sala/enfermaria. Relativamente ao estado de consciência e capacidade de responder oralmente, na presença de dúvidas recorreremos à ajuda dos enfermeiros. Tivemos sempre a preocupação de verificar a disponibilidade de cada doente, através de um diálogo inicial de apresentação.

Verificámos que a maioria dos doentes idosos era do sexo feminino, 15 mulheres (68,2%) e 7 homens (31,8%), com idades compreendidas entre 65 e 90 anos, (média de 76,6 anos). Todos eram caucasianos e residiam no distrito em que se situa o hospital, com habilitações académicas heterógenas já que 77% dos doentes possuíam apenas a quarta classe (actual 4º ano), 14% o 5º ano do Liceu (actual 9ºano) e 9% a licenciatura. Em relação ao estado civil, 36,4% eram casados, 36,4% viúvos, 22,7% solteiros e apenas 4,5% divorciados, sendo que 3 residiam sozinhos, 2 residiam em instituição para pessoas idosas e os restantes 17 doentes viviam com um ou mais familiares (cônjuges e/ou outros familiares). Todos os doentes entrevistados apresentavam polipatologias e referiram ter mais que um internamento neste serviço. Relativamente ao estado de consciência e expressão, todos os doentes se apresentavam conscientes e orientados, sendo que apenas um deles evidenciou uma expressão comunicativa facilitada. A religião católica foi referida por todos os entrevistados (Anexo IV).

A dimensão e composição final da amostra dos doentes idosos foi determinada pela saturação dos dados, durante o processo da análise, seguindo as orientações de Patton, (1990: 185-186), ao recomendar a evidência da riqueza da experiência individual, bem como o atingir da redundância da informação ou saturação de campo, não acrescentando, objectivamente, dados novos.

A observação revelou-se fundamental para elaborar os guiões orientadores das entrevistas semi-estruturadas e dirigidas ao enfermeiro e ao doente idoso. Assim, para ambos os actores, utilizámos um guião com perguntas abertas, embora centrais, de modo a permitir ao entrevistado expressar-se livremente na sua própria linguagem, na sua forma de pensar e sentir de forma a obter profundidade nas informações a colher (Patton, 1990; Gil, 1991; Ghiglione & Matalon, 1993; Bogdan & Biklen, 1994; Ruquoy, 1997), com o objectivo de caracterizar o entrevistado e compreender o processo de construção e resposta do conforto.

A entrevista aos enfermeiros procurou clarificar os dados obtidos pela observação, acedendo à compreensão dos informantes, relativamente aos saberes utilizados e à forma como influenciam e possibilitam o papel que lhes é atribuído nos cuidados e no conhecimento das diferentes necessidades de conforto. As interpretações dos actores acerca do seu papel como agentes confortadores, bem como o reconhecimento das situações de cuidados representativas de conforto na interacção com o doente e, ainda os aspectos favoráveis e desfavoráveis inerentes à organização e estrutura do serviço, foram igualmente explorados. Procurou-se ainda identificar o sentido/ significação dos actores atribuído ao conceito de conforto (Anexo V).

No que respeita aos doentes idosos procurou-se também, na entrevista, clarificar os resultados obtidos na observação participante, acedendo às representações dos sujeitos, procurando compreender quais as situações de cuidados que possibilitam a utilização do conceito de conforto. Foi igualmente importante explorar as experiências significativas durante a hospitalização e que se relacionam quer com momentos/situações agradáveis de conforto e bem-estar, quer com momentos/situações desagradáveis e de desconforto, clarificar as necessidades de conforto sentidas percebendo se as mesmas foram satisfeitas, e identificar as expectativas do doente relativamente ao conforto esperado. Procurou-se ainda perceber qual o papel dos vários actores no processo de construção e resposta de conforto, e ainda identificar o sentido/ significado atribuído ao conceito de conforto (Anexo VI). Ambos os guiões foram discutidos informalmente com alguns colegas e formalmente, com dois juízes e a orientadora a fim de assegurar a validade dos mesmos. Foram igualmente submetidos a um pré-teste em sujeitos da população que não fizeram parte dos participantes do nosso estudo, procurando testar a clareza e a compreensão das questões, perceber a duração média da entrevista e aperfeiçoar as capacidades na realização da mesma (Quivy & Campenhoudt, 1992).

As entrevistas aos enfermeiros decorreram num espaço destinado a esse fim (no gabinete do enfermeiro-chefe), em hora marcada pelos informantes. No momento da entrevista estavam presentes apenas o entrevistador e o entrevistado. Antes de iniciar a entrevista explicávamos o objectivo da mesma, realçando que não pretendíamos avaliar o trabalho dos enfermeiros. Apesar de tentar assegurar a tranquilidade do ambiente, por vezes houve interrupções, o que conduziu à necessidade de refocalizar o assunto. Deixámos o participante falar livremente, ouvindo-o atentamente, deixando que expressasse as suas ideias e evitando condicionar as respostas, procurando resistir à tentação de preencher os silêncios.

As entrevistas realizadas aos doentes idosos aconteceram na sala/enfermaria, junto à unidade do doente, ou na sala de refeições, em ambiente privado. Tivemos em conta as condições físicas e psíquicas dos idosos. Pareceu-nos importante deixar que a entrevista acontecesse de uma forma não forçada, seguindo o fluxo das ideias; no entanto, por vezes, houve necessidade de concretizar as questões para recentrar o entrevistado e reencontrar o sentido do tema.

Todas as entrevistas começaram com um período de “aquecimento”, como salienta Sorrel & Redmond (1995), no qual se falou dos motivos e interesse do tema. Procurámos, no decorrer das entrevistas, criar um clima calmo e demonstrar uma atitude empática revelando interesse em relação às palavras do entrevistado (Bogdan & Biklen, 1994)

promovendo um clima de abertura, de confiança e de aceitação mútua. Realizámos a audio gravação, com prévia autorização do entrevistado no entanto, quando estas ocorreram na sala/enfermaria e, quando havia algum ruído que dificultava a gravação, optámos por não a fazer, pois exigia que se desenvolvesse uma conversação num tom de voz elevado. Desta forma, tomámos notas e, logo que possível reconstituímos a entrevista num verbatim. Foi pedido o consentimento informado aos participantes, assegurado o seu anonimato e a confidencialidade dos dados. O tempo de cada entrevista foi variável; entre 30 a 60 minutos para os enfermeiros e entre 15 a 30 minutos para os doentes idosos, devendo-se esta variação de tempo, ao facto dos participantes idosos se encontrarem em situação de doença, evitando-lhes o cansaço desnecessário. Após cada entrevista, procedemos à audição integral e à sua transcrição, embora com necessidade de fazer algumas correcções gramaticais que visaram uma maior perceptibilidade (Bogdan & Biklen, 1994). As entrevistas foram acontecendo ao longo do trabalho de campo, à medida que a análise se ia desenvolvendo.

3.2.3. A análise de documentos

Recorremos igualmente à análise de documentos, visto constituir mais um recurso que permite reunir informação que pode complementar e validar os dados adquiridos através das outras técnicas. Centrâmo-nos nos processos dos doentes, tomando como âmbito os registos dos profissionais de saúde, nomeadamente os registos de enfermagem, procurando a ligação existente entre a evidência das necessidades sentidas, as reacções de conforto e desconforto observáveis e as estratégias promotoras de conforto desenvolvidas em resposta a essas mesmas necessidades. Esta análise foi espaçada no tempo, sendo realizada no decurso da observação participante, com a finalidade de complementariedade e validação da informação.

Em jeito de síntese, a recolha de dados decorreu, em três períodos, desde Setembro de 2009 a Setembro de 2011. O faseamento da nossa presença foi determinado por alguns constrangimentos pessoais (laborais e familiares), enquanto os períodos de ausência do campo estiveram relacionados sobretudo com a sistematização do material, com os registos das observações, com as reflexões, com a análise e com o desenvolvimento do processo de maturação dos dados.

Tendo como sentido a compreensão da natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado e, apesar da recolha e análise de dados se revestir de um

carácter interactivo, demos por terminado o trabalho de campo quando se verificou uma certa redundância da informação, ou seja, quando foi expressa uma certa coerência nos dados, nos quais novas informações vieram confirmar as anteriores (Ruquoy, 1997), ou seja, quando os dados pouco ou nada acrescentavam, assumindo o carácter da suficiência ou saturação da informação.

3.3. O PROCESSO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

Em etnografia, tal como salientado anteriormente, a análise de dados começa quando a colheita de dados se inicia e constitui um processo cíclico, reflexivo, sistemático e integrado, implicando, muitas vezes, uma constante reformulação das questões, acompanhando assim, todo o processo de investigação (Spradley, 1980; De La Cuesta, 1999). Leininger (1985) adverte que os dados etnográficos podem ser analisados de várias formas, utilizando-se uma metodologia centrada no uso de dados culturais – perspectiva “emic”, que se obtém directamente dos sujeitos do estudo, através da observação participante, de dados gerais de observação e ainda, incluindo a perspectiva “etic”, própria do investigador.

A análise, propriamente dita, consiste em “trabalhar” toda a informação proveniente das notas de campo, das transcrições das entrevistas e da análise de documentos. No entanto, Bogdan & Biklen, (1994: 205) acrescentam que, para além de trabalhar os dados, a análise compreende “ a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta de aspectos importantes do que deve ser apreendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros”.

Huberman & Miles (1991: 35-36) e Miles & Huberman (1994: 9-12) apresentam um “modelo interactivo” da análise dos dados na investigação qualitativa, constituído por três etapas ou componentes essenciais para o tratamento sistematizado. Dada a sua natureza cíclica, não se pressupõe que estas etapas decorram de forma linear:

- Redução/condensação dos dados – consiste num trabalho de descoberta, com o objectivo de seleccionar, agrupar, simplificar e transformar os dados, a fim de se proceder à sua codificação e comparação sistemática para identificar semelhanças, relações, diferenças e sequências comuns. Aspectos semelhantes e diferentes são levados para o campo de estudo para próximas recolhas de informação. É um processo contínuo, que exige a imersão nos dados, realizado desde a altura em que

se determina o campo de observação até à fase em que se aplica “um sistema de codificação e se realizam resumos”.

- Apresentação – relaciona-se com a organização e a apresentação dos dados, possibilitando a visualização global dos mesmos, o que facilita a comparação dos vários conjuntos de dados, assim como a sua utilização na elaboração do relatório.
- Interpretação/verificação das conclusões – decorre ao longo de todo o processo analítico durante o qual decisões e opções vão sendo tomadas, sendo atribuídos significados aos dados que vão sendo reduzidos e organizados, através de formulações ou configurações expressas em proposições ou modelos, os quais devem ser validados através de discussão entre colegas e um corpo formalizado de conhecimentos.

Na perspectiva de Spradley (1980), e De La Cuesta, (1999), esta última etapa corresponde à organização dos domínios que se caracterizam por padrões culturais dominantes. Apesar de todas estas etapas acompanharem o processo de investigação, quando damos por terminada a colheita de dados, procedemos a uma análise mais formal e sistemática dos mesmos, procurando evidenciar os que consideramos mais relevantes. A este propósito, também Bogdan & Biklen (1994: 221) sugerem que, após terminar a recolha de dados, o investigador deverá distanciar-se um pouco, para poder ter uma visão global dos mesmos, percorrê-los na procura de regularidades, de padrões, de tópicos e representá-los por palavras ou frases que vão constituir as categorias de codificação. Desta forma, tendo em conta a questão de partida, os objectivos do nosso estudo e a opção metodológica, num processo interactivo, integrado, cíclico e reflectido foi possível uma sistematização e interpretação progressiva do tema em estudo, numa relação mais próxima com as unidades de análise, em paralelo com a reestruturação dos domínios e das categorias emergentes (Spradley, 1980; Miles & Huberman, 1994; Bogdan & Biklen, 1994; De La Cuesta, 1999). Também Goetz & Lecompte (1988: 173) consideram que os procedimentos de análise são formas de manipular e organizar os dados e os conceitos que advêm da recolha da informação e, propõem como estratégias para análise dos dados, a percepção, a comparação, o contraste, a agregação e a ordenação, sendo cada um destes momentos revestido da sua importância, constituindo assim um importante contributo para a análise.

Elencar as categorias é um passo importante na análise dos dados. Autores como Miles & Huberman (1994), e Goetz & Lecompte (1988), entre outros, propõem algumas famílias de codificação, em investigação qualitativa, que podem surgir individualmente ou em conjunto, constituindo apenas uma orientação acerca, do que procurar quando

procedemos às codificações, das quais se destacam: **sistemas de codificação pré-estabelecidos** ou seja, categorias de codificação já determinadas; **códigos de contexto** referentes a uma contextualização ampla do estudo; **códigos de definição da situação**; as quais definem a situação de acordo com a perspectiva dos sujeitos; **perspectivas centradas nas percepções das pessoas** acerca de aspectos específicos da situação tais como, regras e normas; pensamentos dos sujeitos sobre pessoas e objectos os quais representam as percepções relativas às pessoas e aos objectos que fazem parte do “seu mundo”; **códigos de processo** referentes a sequência de acontecimentos, mudanças ao longo do tempo, aspectos chave do processo; **códigos de actividades**, relacionados com comportamentos que ocorrem com regularidade; **códigos de acontecimentos** orientados para situações particulares menos frequentes mas que merecem atenção e discussão por parte dos sujeitos; **códigos de estratégia** relacionados com os modos e formas conscientes de realizarem as coisas, tais como, tácticas, técnicas e métodos; **códigos de relação e de estrutura social**, que dizem respeito aos padrões regulares de comportamento entre as pessoas (Bogdan & Biklen, 1994: 222-229).

Sabendo que são vários os autores que abordam as questões ligadas à análise de dados, temos consciência que é fundamental seguir um caminho que seja coerente com o objecto de estudo, implicando rigor científico, criatividade e dedicação. Seguindo as orientações propostas por Huberman & Miles (1991), Miles & Huberman, (1994) e Bogdan & Biklen (1994), a nossa estratégia centrou-se em torno de fichas de interacção nas quais registámos as interacções observadas, codificadas por domínios, recorrendo às orientações acima referidas; textos descritivos da observação participante e das entrevistas, sujeitos a análise de conteúdo e ainda análise de documentos relevantes. A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento da informação que permite “ a desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação, resultado de uma dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise” (Vala, 1986: 104).

Essencialmente, a análise teve como orientação os **eixos de investigação/objectivos do estudo** a saber: (i) as necessidades de conforto dos doentes idosos; (ii) as situações de cuidados, promotoras de conforto - as suas características e a relação entre elas; (iii) os papéis dos vários actores, a complexidade das relações confortadoras com o contexto e a forma como as condicionantes organizacionais influenciavam as dinâmicas dos vários actores na construção do processo de conforto; (iv) o significado do conceito de conforto, para os doentes idosos crónicos e para os enfermeiros, no serviço de medicina.

Assim, à medida que fomos recolhendo os dados, fomos procedemos à sua organização, sistematização e análise, levando-os para o campo nas recolhas posteriores, tendo recorrido à utilização de um *software* que permitiu ajudar a registar e classificar os dados. Numa primeira fase, atendendo ao sentido implícito ou explícito, fizemos leituras flutuantes, a fim de se obter o sentido da globalidade e procedemos à organização das mesmas de forma separada (observação e entrevistas), orientações estas propostas por Spradley, (1980), Huberman & Miles (1991), Miles & Huberman, (1994), Bogdan & Biklen (1994).

Olhámos os dados empíricos nos registos de observação (DC) que fomos encontrando atendendo à forma como foram transmitidos. À medida que os dados foram colhidos começámos por perceber que existiam algumas relações de influência ou associativas, entre eles. Agrupámo-los e examinámo-los cuidadosamente, para identificar semelhanças, diferenças, relações, sequências, em busca de tendências e regularidades tendo em conta o sentido orientador dos eixos de análise e, tendo também em atenção a compreensão das unidades de análise na perspectiva do enfermeiro, do doente ou de outros actores envolvidos. Questionámos os dados, face ao significado das frases. Atribuímos códigos, emergiram conceitos, preposições e generalizações e assim formulámos os domínios e categorias preliminares de codificação.

Em seguida, lemos e relemos as entrevistas semi-directivas (E/Id) e etnográficas (EE), com a finalidade de obter a compreensão do conteúdo geral das mesmas (um sentido do todo) e avaliarmos a adequação dos dados ao objectivo do nosso estudo. Atribuímos a cada entrevista uma “letra de código” para diferenciação dos actores entrevistados (E/Id/F/M/AO) Disponhamos de um conjunto de dados e era necessário desenvolver um processo de redução dos mesmos. Foi então, nesta altura, que procurámos excluir todo o verbatim que se tornava mais distante dos objectivos do nosso estudo, identificando as frases que se podiam constituir como unidades de análise (registo/significação). Cada entrevista foi dividida de acordo com o que foi referido pelos sujeitos. Nesta fase tornou-se importante questionar: “Será que isto diz algo diferente do que já foi dito anteriormente?”. Optámos por ficar com dados que nos pareciam estar relacionados com o objecto de estudo. De forma a organizarmo-nos, procedemos à identificação e codificação de cada unidade de registo/significação o que possibilitava uma localização fácil das unidades.

Posteriormente, lemos e relemos várias vezes os textos obtidos, com vista à compreensão do contexto, dos significados sociais da utilização do conceito de conforto, no contexto da produção de cuidados (Spradley, 1980; Bogdan & Biklen, 1994). Numa primeira fase (redução/condensação dos dados) procurámos descobrir o “sentido” dos mesmos, com

o objectivo de seleccionar, agrupar, simplificar e transformar os dados. Fizemos a codificação (codificação aberta). Atribuímos códigos às frases, utilizando tantos códigos quantos os necessários – códigos de definição da situação (tipos de papéis sociais, características dos actores sociais, padrões culturais presentes no grupo, perspectivas dos actores, tipificação da acção, tipologias de cuidados e de actividades, entre outros).

Seguidamente procurámos questionar a relação que existia entre cada unidade de registo/significação e os domínios e categorias em que se podiam inserir, tal como sugerem, Spradley, (1980), Miles & Huberman, (1994) e Bogdan & Biklen, (1994). Também como referimos, à medida que os dados foram colhidos, começámos por perceber que existiam algumas relações, de influência ou associativas, entre eles. Fizemos comparações para identificar semelhanças, relações, diferenças. Fomos agrupando e identificando os domínios culturais – os “termos cobertos” na visão de Spradley (1980). Procurámos perceber a relação semântica dos domínios face ao significado das frases e prosseguimos para uma segunda codificação onde emergiram conceitos, frases que deram origem às categorias preliminares de codificação e a que Spradley (1980), chama de “termos incluídos”. Realizámos nova leitura com o sentido de “imersão”, com o objectivo de especificar cada vez mais o processo de categorização. Procurando perceber a relação semântica, continuámos a fazer relações e comparações e, quando estas o sugeriram, percebemos que havia necessidade de subdividir as categorias em categorias mais pequenas – subcategorias – pela necessidade de uma maior subdivisão e especificação. Para tal, foi importante ter em atenção as relações que se situavam em redor das categorias, tendo em conta as respostas às perguntas sobre o quê, porquê, como e para quê.

Continuámos as nossas leituras procurando questionar cada unidade de análise, quanto à sua inclusão e, fizemos algumas alterações no esquema de categorização existente, dando lugar a novas categorias e subcategorias e, reformulando outras.

Trabalhámos, assim de forma exaustiva, as sucessivas etapas de análise. Este processo foi exigente, moroso, complexo e alvo de diversas reformulações. Ordenámos e organizámos um segundo sistema de categorização com todos os dados (da observação e da entrevista) os quais reintegrámos nos dez (10) domínios culturais identificados, todos ligados por relações semânticas (Spradley, 1980), tendo reformulado as categorias e subcategorias que foram agrupadas e agregadas segundo uma categorização que nos pareceu lógica. Os domínios deram o título aos capítulos e consistem em: tipos de papéis sociais, características dos actores sociais, padrões culturais presentes no grupo, tipificação da acção e tipologias de cuidados, entre outros (Spradley, 1980). Este processo possibilitou não só refinar as categorias emergentes como também relacioná-las com os domínios identificados, os quais dão sentido à estrutura do fenómeno do conforto e que emergiram segundo uma relação mais estreita dando lugar à codificação/categorização dos dados e

temas emergentes, da qual exemplificamos a estruturação de um domínio e respectivas categorias/subcategorias (Anexo VII). Finalmente, organizámos os domínios culturais identificados (os quais integram as categorias e subcategorias), integrámo-los em temas culturais definidos, que servem como uma relação universal entre os domínios (Spradley, 1980), e que emergiram segundo um contacto mais profundo com os dados e consequente verificação com os informantes, possibilitando uma visão global da cultura em estudo.

Os documentos de interesse, nomeadamente folhas de registos de enfermagem, planos de acção do serviço, relatórios e planos de formação, foram igualmente objecto de análise. A triangulação dos dados, pela variedade das fontes de informação e pela utilização de vários métodos, possibilitou uma maior fiabilidade dos dados, profundidade e uma maior adequação, conduzindo, neste nosso estudo, à grelha final de categorização global dos dados, de modo a podermos descrever a estrutura cultural do fenómeno em estudo (Anexo VIII), e que constitui o modelo de análise. Na apresentação dos dados recorremos a alguns símbolos: (i) aos segmentos de texto que não interessavam foi atribuído o código “(...)”, (ii) as palavras utilizadas para clarificar algum aspecto e possibilitar uma maior compreensão do significado dos segmentos de texto, foram colocadas entre “[...]”, (iii) aos silêncios e pausas que surgiram ao longo da entrevista atribuiu-se o código “...”.

Em busca de rigor, o processo de investigação foi conduzido com atenção e cuidado. Tendo em conta o paradigma em que nos situamos – qualitativo – a validade e a fidelidade assumem-se como critérios científicos importantes. O respeito pela coerência metodológica contribui para a validade do estudo (Morse & Richards, 2002), procurando assegurá-la através de alguns critérios que fomos seguindo ao longo do mesmo. A validade de um estudo qualitativo tem a ver com a exactidão dos resultados obtidos no que diz respeito ao modo preciso, fiel e exacto com que se capta a realidade e se descreve a mesma. Conscientes da importância da autenticidade dos dados, procurámos, ao longo dos períodos de observação e durante as entrevistas, validar os mesmos com os enfermeiros e, sempre que possível com os doentes, procurando perceber se os nossos resultados iam de encontro às suas vivências. Procurámos também a validade dos resultados discutindo os mesmos com o enfermeiro-chefe e com dois docentes de enfermagem (entre eles, a nossa orientadora). Recorremos a juízos múltiplos, ou seja, peritos que ajuizaram as interpretações e as codificações realizadas. Sabendo que aqueles não possuem os mesmos conhecimentos que o investigador, tivemos em mente os seguintes critérios: terem seguido de perto o processo de investigação; conhecerem o contexto; terem conhecimentos de investigação na área dos cuidados de enfermagem. Estes juízes procederam à análise da codificação, tendo em conta as relações e lógica interna de cada domínio e categorias, as relações entre as unidades de análise, as taxonomias, os domínios e as categorias.

Aproveitámos também para discutir os resultados e apresentar algumas dificuldades sentidas quer na compreensão quer na interpretação de alguns aspectos.

No decorrer da análise dos dados, não descurámos a consulta da bibliografia, a elaboração de memorandos e de diagramas que contribuiriam para relacionar e integrar os domínios, as categorias e as subcategorias. Também os momentos de orientação se revestiram de extrema importância no processo de análise, pois ajudaram a clarificar o caminho a percorrer e deram-nos mais segurança para a colheita e análise subsequente. A transferibilidade é igualmente outra característica de rigor, que consiste na possibilidade de se poder transferir os resultados para contextos ou situações com características similares, mantendo os significados e as interpretações particulares do estudo, contribuindo as semelhanças para o uso do conhecimento (Leininger, 2005). Para além de, com os enfermeiros da equipa, validarmos a interpretação, apresentámos os resultados preliminares em Encontros de Investigação em Enfermagem de âmbito internacional, no ano de 2010, na XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem em Setembro de 2011 e no Congresso Internacional INFAD no ano de 2012. Acrescentamos ainda a importância dos comentários realizados por outros investigadores de diferentes áreas disciplinares aquando da nossa apresentação dos resultados parciais, nos eventos de carácter científico nacional e internacional. Pela discussão que tivemos percebemos que, em contextos similares, havia semelhanças com as práticas de cuidados. Por fim, chegámos à fase de comparação com a literatura, a qual concretizaremos quando apresentarmos os resultados obtidos.

Procurámos clarificar os aspectos empíricos do trabalho, a forma como utilizámos as diferentes estratégias de investigação, os procedimentos de recolha e a análise dos dados. Explicitaremos, em seguida, os princípios éticos que tivemos em conta no desenrolar desta investigação, por os considerarmos um aspecto fundamental na continuidade da mesma.

3.4. OS PRINCÍPIOS ÉTICOS

Todas as etapas do processo de investigação, seja qual for o caminho epistemológico, devem salvaguardar os princípios éticos, relativos à protecção e ao respeito pelos direitos das pessoas, tal como defendido por Lessard-Hébert, et al., (1990).

Assim, foram considerados sistematicamente os princípios éticos do consentimento informado, da não maleficiência, da beneficência, da autonomia e da justiça; as regras morais da fidelidade, de veracidade e de confidencialidade (Gilhooly, 2002; Holzemer,

2010), e ainda, o direito dos participantes à informação, à privacidade e à autodeterminação (Holzemer, 2010), com cuidado especial para o sujeito do nosso estudo – doente idoso crónico hospitalizado – por ser considerado potencialmente fragilizado física e/ou psicologicamente, dada a vulnerabilidade acrescida inerente ao processo de senescência (Polit & Hungler, 1995).

De forma a garantir os princípios éticos inerentes ao processo de investigação foi, inicialmente, realizado o pedido formal de autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética da organização hospitalar seleccionada, tendo sido dado um parecer favorável à realização do mesmo. Para tal, foi solicitada a apresentação dos guiões das entrevistas, tendo sido entregues dois formulários dirigidos aos participantes – doentes e enfermeiros – construídos a partir de questões iniciais. Houve questões que, posteriormente, vieram a ser colocadas nas entrevistas formais as quais, embora sofrendo algumas alterações, estavam relacionadas com o mesmo propósito e sentido, pelo que não se revelou ser necessário realizar qualquer outro pedido.

Foi pedido o consentimento informado aos participantes do estudo, (enfermeiros, doentes, familiares envolvidos e outros profissionais) após terem sido informados dos objectivos do trabalho, da sua finalidade, do tipo de participação solicitada, dos meios a usar – como a áudio gravação – esclarecendo o direito de não-aceitação e de desistência caso assim o entendessem, sem qualquer repercussão negativa para os próprios (Anexo IX). Aos enfermeiros, foi solicitado o consentimento por escrito, informado das técnicas de pesquisa, além da duração prevista para a investigação e, ainda, foram informados da possibilidade de, em qualquer etapa do processo, poderem revogar a sua participação.

Relativamente aos doentes idosos, a amostra esteve subordinada ao voluntarismo, tendo sido expresso o consentimento oral aos doentes, pelas dificuldades na obtenção de forma escrita (por dificuldades motoras ou iliteracia), sendo solicitado a presença de um enfermeiro ou de um familiar, sempre que possível, na qualidade de testemunha, ou ainda realizado por áudio gravação, após consentimento para obtenção da mesma.

Foi fornecida informação oral e escrita sobre a investigadora (identificação e contactos). No entanto, sempre que iniciávamos uma entrevista, apresentámo-nos pessoalmente ao doente, como enfermeira e professora, sublinhando não só a participação voluntária, como o sigilo do conteúdo da participação, face a terceiros, e ainda a inexistência de consequências pessoais decorrentes da não participação. Procurámos sempre reforçar a informação de que o nosso papel, ali e naquele momento, era apenas o de “observador e investigador”, por forma a esclarecer os participantes sobre a nossa intervenção,

procurando, sempre que possível, adoptar uma distância conveniente e uma proximidade empática.

Durante a colheita de dados, quer nas situações de observação, quer nas entrevistas, procurámos sempre ter uma atitude de máximo respeito para com os participantes, procurando que a nossa presença não fosse inoportuna nem constrangedora, solicitando autorização aos mesmos para estar no seu espaço e partilhar dos seus pensamentos, acautelando assim o direito à privacidade física, social e psicológica (Gilhooly, 2002). Sempre que percebíamos que a nossa presença não seria conveniente, por interferir na dinâmica do doente e familiares ou no tempo que os enfermeiros necessitavam para os cuidados, afastámo-nos discretamente.

Uma outra preocupação ética, por respeito aos participantes e à boa prática científica, foi garantir o seu anonimato, bem como a confidencialidade dos dados. Assim, todos os nomes dos participantes (enfermeiros, doentes, familiares e outros profissionais de saúde), foram ocultados e substituídos por códigos, não constando nos anexos de caracterização dos mesmos. Nesta base, as notas de campo foram igualmente identificadas com um código e, a construção do relatório seguiu estes princípios, evitando qualquer tipo de referência que permitisse identificar os participantes do estudo. Em todo o percurso do estudo, revelou-se uma preocupação constante a procura consciente da fidelidade aos dados, (tanto quanto a interpretação o permitiu) e a observância do princípio da honestidade, assumida como um requisito de integridade científica (Holzemer, 2010).

“Primado do ser humano” (Silva, 2008) foi o princípio ético que tivemos em mente em todas as fases da investigação, em harmonia com o interesse científico, conforto e bem-estar da pessoa.

A seguir, apresentamos os resultados do nosso estudo.

PARTE III

ESTRUTURA, NATUREZA E CULTURA CONFORTADORA NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM GERIÁTRICA

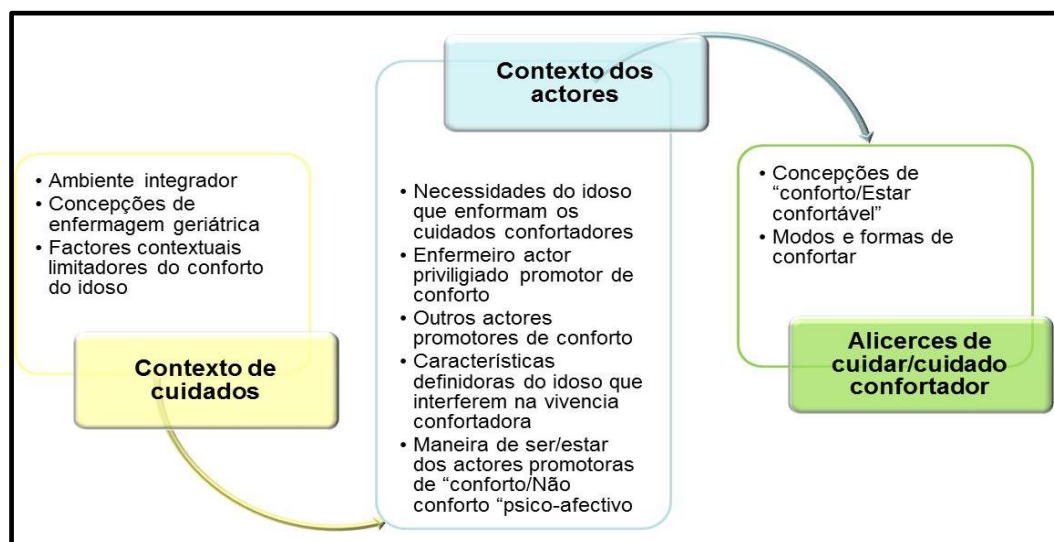
Nesta Parte (III) apresentam-se os resultados do estudo empírico, obtidos através dos diferentes instrumentos e técnicas de colheita de dados utilizadas ao longo do estudo e, faz-se a discussão dos mesmos. Tem-se como objectivo apresentar os conceitos que ajudam a compreender a estrutura e dinâmica da cultura confortadora geriátrica, edificando a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado. Iniciaremos por explicitar as circunstâncias ou as condições do **contexto de cuidados geriátricos**, que emergiram do estudo, para em seguida nos centrarmos no **contexto dos actores** e nas características definidoras que se revelam como impulsionadoras e determinantes no processo de conforto. Numa continuidade cíclica e evolutiva apresentamos as situações representativas de conforto – modos e formas de confortar e suas consequências – fundadas no sentido e significação atribuídos ao “conforto/não conforto” e que emergiram como **alicerces do cuidar/cuidado confortador**. Por último, faremos uma inter-relação entre os eixos integradores emergentes, no sentido de explicitar o marco teórico explicativo da natureza do processo de conforto do doente idoso crónico, em contexto hospitalar.

1. NATUREZA DO PROCESSO DE CONFORTO DO DOENTE IDOSO CRÓNICO EM CONTEXTO HOSPITALAR: A REALIDADE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A caracterização de um fenómeno exige que se identifique a estrutura essencial ou conjunto de condições em que ocorre o significado das acções e acontecimentos, sendo estes determinantes essenciais para compreender a sua natureza (Spradley, 1980; Strauss & Corbin, 1990, 1998; Charmaz, 2006, 2009; Corbin & Strauss, 2008). Para este último autor, o contexto, apesar de não determinar a experiência ou fixar a acção “identifica os conjuntos de condições nas quais os problemas e/ou situações lhes respondem através de algumas formas de acção/interacção e emoções (processo) e ao fazê-lo geram-se consequências que, por sua vez, podem retornar e ter impacto sobre as condições” (Corbin & Strauss, 2008: 88). As consequências indicam assim, o resultado das acções e das interacções que se desenvolvem sob determinadas condições (Strauss & Corbin, 1998).

Articulando os aspectos que emergiram do estudo, esclarecemos as inter-relações entre as condições (estrutura), as acções (processo) e as consequências (resultado), as quais enformam a dinâmica da cultura confortadora geriátrica e edificam a teoria explicativa da **natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, e suas especificidades** que apresentamos no diagrama 6 e que se relacionam com (i) o **contexto de cuidados geriátricos**, onde acontece e se desenrola a interacção confortadora – o cuidado – (ii) o **contexto dos actores em presença** relativamente às suas características definidoras, (iii) **os alicerces de cuidar/cuidado confortador** que contribuem para dar sentido ao processo de conforto, no âmbito da estrutura do cuidar de enfermagem geriátrico.

Diagrama 6 – Temas que enformam a dinâmica da cultura confortadora geriátrica



Entendemos que o processo de conforto assenta num encontro/interacção que é influenciado pelo contexto em que acontece o cuidado. Assim, começaremos por caracterizar o **contexto** subjacente ao processo de cuidar geriátrico, ou seja, o contexto condicional onde decorre a interacção confortadora, implícito à construção e desenvolvimento da estrutura do processo de conforto.

1.1. CONTEXTO DE CUIDADOS GERIÁTRICOS

O contexto do serviço de medicina do nosso estudo, onde tem lugar o processo de cuidar geriátrico, decorre do ambiente específico do serviço e das características e acções construídas pelo grupo de actores participantes. O fenómeno em estudo – processo de conforto – emergiu como um processo social que engloba um conjunto de condições estruturais de diversas ordens que o definem e que originam o modo como os actores olham e perspectivam a prática profissional.

O cuidar de enfermagem geriátrico confronta-se com situações complexas que necessitam de atenção individualizada à pessoa, no qual a interacção pessoa/meio é determinante (Hesbeen, 2000). A interacção e o significado que os actores lhe atribuem remetem-nos para a dimensão social de pertença dos enfermeiros, associada a um contexto e à sua organização de cuidados.

O contexto de cuidados, ou seja, o contexto profissional, determinante de um processo de socialização, é organizador da prática mediante estruturas estruturadas e estruturantes e princípios orientadores. Desta forma, o contexto da acção, onde os significados e as práticas são apreendidos, liga-se a uma determinada identidade que se relaciona a “ (...) um saber prático, a um desempenho, a um saber contextual, a um saber ligado a um colectivo e a um sentimento de pertença, ou seja, a uma socialização profissional” (Serrano, 2008: 24). Os cuidados geriátricos não surgem de uma avaliação abstracta; têm que ter sempre em conta a condição – circunstância do doente idoso e situação concreta em que são prestados.

A acção não se desenvolve num núcleo isolado dos contextos e das pessoas. Numa “confluência de condições, quer geradoras da acção, quer condicionantes desta (...)” (Oliveira, 2011: 148), a acção concretiza-se numa construção interactiva e contínua entre pessoa/meio. Os significados e as práticas são apreendidos e adquirem um estado

inconsciente como se estivessem inscritos no corpo, promovendo uma “actividade continuada, que assume um certo “lançamento” numa teia de práticas e significados preexistentes numa comunidade enraizada em significados partilhados e de práticas rotineiras de base”, que Bordieu (In Serrano 2008: 24) designou por *habitus*.

Desta forma, o processo de conforto não depende apenas da concepção e vontade dos seus actores e situação mas é também condicionado pelo contexto profissional, cultural e social onde se insere. Define-se no espaço social onde a acção decorre, envolvendo o comportamento físico e ainda os significados que lhe são atribuídos, como um todo articulado, em três domínios centrais, em interacção dinâmica e que engloba: **o ambiente integrador, as concepções de enfermagem geriátrica e os factores contextuais limitadores do conforto do doente idoso**, tal como apresentamos no diagrama 7. Tais aspectos surgem também referenciados em diversos estudos (Cardoso, 2000; Lopes, 2001; Gomes, 2002, 2009; Tutton & Seers, 2004; Costa, 2006, Oliveira, 2011),

Diagrama 7 – Domínios do contexto de cuidados geriátricos



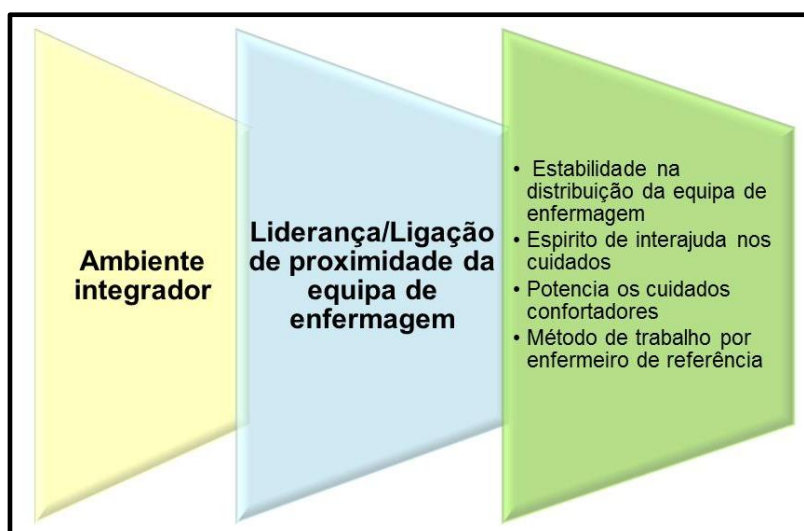
Contextualizando, os aspectos que revelam a sua configuração estrutural e funcional são diversos: estamos perante acontecimentos, situações, concepções e aspectos de organização que, formalmente, têm diferenciado a natureza do trabalho de enfermagem e que podem ser favorecedores ou constrangedores do fenómeno estudado (Spradley, 1980; Strauss & Corbin, 1990, 1998; Gomes, 2002; Corbin & Strauss, 2008; Oliveira, 2011).

1.1.1. O ambiente integrador do contexto de cuidados

O **ambiente integrador** surge como um domínio, do nosso estudo, entendido como o ambiente socioprofissional e afectivo vivenciado no contexto do estudo pelos actores de cuidados, sendo também chamado de clima de equipa (Chiavenato, 1995; Carapinheiro,

1998; Lopes, 2001). A evidência de uma *liderança e ligação de proximidade da equipa de enfermagem* potencia o ambiente integrador que contribui para a integração, satisfação e colaboração dos actores dos cuidados de conforto, nomeadamente, os enfermeiros e, medeia a interacção entre os participantes ou membros do grupo, conforme apresentamos no diagrama 8.

Diagrama 8 – Ambiente integrador: Categorias e subcategorias



Através da observação e de conversas com os actores envolvidos pudemos perceber que a existência de uma *liderança/ligação de proximidade da equipa de enfermagem* conduz à **estabilidade na distribuição da equipa de enfermagem** sendo decisiva para a coesão da mesma equipa referenciada, como demonstram os seguintes extractos: “[a distribuição dos elementos] é feita na semana anterior; sexta-feira, faço o plano semanal de trabalho para a semana seguinte (...). Assim como as assistentes operacionais. (...) sexta-feira é sempre afixado o plano semanal da semana seguinte. Penso que dá alguma estabilidade...” (EE6).

Para a enfermeiro-chefe uma boa liderança implica um trabalho conjunto de grupo. Assim, este procura manter uma dinamização interna do serviço, de forma a obter a qualidade dos cuidados: “Procuro uma boa distribuição tendo em conta as necessidades... no turno da manhã, (...) cinco, por vezes, quatro [enfermeiros] (...), na tarde três e, às vezes dois! E, à noite, dois e, às vezes, consigo três! ... há uma certa estabilidade...” (EE6).

Nota-se também essa preocupação em relação aos assistentes operacionais: “A assistente operacional não tem autonomia operacional, portanto depende de nós, enfermeiros, e têm várias funções destinadas, as quais são sempre da supervisão do enfermeiro (...) tento que seja sempre uma assistente operacional que vai ficar directamente a trabalhar com o enfermeiro. Portanto, em simultâneo, é responsável pelos mesmos doentes que essa enfermeira tem. E é responsável na totalidade, tal e qual a enfermeira, mas dentro das suas funções (...).” (EE6)

A gestão do serviço depende, essencialmente, do enfermeiro-chefe, que faz a gestão dos recursos humanos (enfermeiros e assistentes operacionais) e, de actividades, no âmbito da prestação de cuidados, tendo em conta as necessidades do serviço e o trabalho a realizar, bem como assume uma função educativa, de coordenação e de valorização do trabalho. Tal como defende Carapinheiro (1998) o papel do enfermeiro-chefe é importante, na medida em que o trabalho de enfermagem depende mais dos profissionais do que da organização instituída: *“Hoje em dia (...) a distribuição está mais adequada, acho que temos em média quatro, cinco, por vezes, até seis enfermeiros por manhã, o que dá uma média de quatro a cinco doentes por enfermeiro, o que nos dá a possibilidade de passar mais tempo com cada doente, esse mais tempo dá-nos possibilidade de... dar importância a todos os aspectos de que já falámos, estarmos mais atentos, o que é fundamental (...) para os cuidados de conforto (...) é o que a chefe pretende... e nós também, claro...”* (E1). Tendo como referência os padrões das boas práticas hospitalares, também Hesbeen (2001: 42) refere que “a qualidade dos serviços prestados exige uma prática diferente, mais verdadeiramente dirigida ao cuidar”. Apesar de podermos afirmar que a qualidade em saúde não depende apenas do exercício profissional dos enfermeiros, acreditamos que este não pode ser negligenciado ou deixado invisível nos esforços para obter qualidade em saúde. Parece estar expressa a valorização do conteúdo dos cuidados de enfermagem na organização quotidiana da prática (Hesbeen, 2000).

Verifica-se uma liderança, centrada nas pessoas, de gestão participativa e flexível, focalizada na autonomia e poder dos enfermeiros, levando em conta as sugestões e partilha de opiniões dos mesmos: *“Sabe, o que é importante também... é a chefe ter em conta as nossas opiniões... ela ouve o que pensamos e sentimos (...)”* (E4); *“Ah, se não tivéssemos uma chefe que nos compreendesse e acreditasse em nós, não tínhamos tanta satisfação no trabalho (...)”* (EE3). A liderança é uma função do enfermeiro-chefe com um grande contributo na orientação da equipa de enfermagem e dos cuidados, concretamente dos cuidados promotores de conforto e, requer uma habilidade própria, tal como defende Sousa & Barroso, (2009: 186) *“(...) a liderança é uma função que deve ser conquistada, e essa conquista inicia-se no relacionamento empático com os membros da equipa”*. Constitui um processo dinâmico que procura um desempenho efectivo da equipa de enfermagem (Servo, 2001).

O método de trabalho/enfermeiro de referência é igualmente salientado como promotor da individualização dos cuidados e da responsabilização dos enfermeiros permitindo uma maior disponibilidade para os doentes idosos/famílias, tal como podemos verificar nas asserções seguintes: *“Há sempre um [enfermeiro] responsável de equipa... sempre... e permite haver um acompanhamento..uma presença a todos os doentes...”* (EE6). Evidencia-se uma certa comunhão e unidade que facilitam a tomada de decisão nas situações mais difíceis, onde o saber de uns é partilhado por outros, com especial relevo para o enfermeiro

de referência a quem recorrem, sempre que necessário, para partilha de opiniões, especialmente em situações mais complexas nas quais seja preciso uma tomada de decisão mais deliberativa: “(...) *será um enfermeiro de referência que terá de saber a totalidade dos seus doentes, fazer o intercâmbio com a equipa multidisciplinar; portanto, não só a parte médica como com assistente social, a dietista e outros profissionais (...)*” (EE6); “*o método de trabalho ajuda muito na organização dos cuidados; permite não só, um melhor conhecimento das necessidades das pessoas, como também promove o conforto, pois podemos dar mais atenção aos doentes...*” (E6). Verifica-se uma reflexão mais profunda e individualizada entre os enfermeiros de cada equipa numa visão global de cada utente. Também no estudo de Machado, *et al*, (2008), e de Costa, (2011), acerca dos cuidados à pessoa idosa hospitalizada, a existência de um enfermeiro de referência foi identificado como aspecto facilitador da intervenção individualizada. Este aspecto é, também, valorizado pela família: “(...) *saber que ela estava aqui, fiquei mais aliviado. Estou tranquilo, vou para casa tranquilo, sabendo que ela está bem cuidada, pois tem sempre um enfermeiro que toma conta dela... Ela diz-me que é bem cuidada... com carinho e atenção!*” (F1). Esta forma de organização dos cuidados permite um conhecimento mais profundo inter-actores, tal como é reconhecido pelos enfermeiros: “*eu sei que tenho aquelas horas para aqueles doentes e organizo o meu trabalho. Adequo os cuidados às necessidades e gostos de cada um... isso permite uma atenção diferente, pois se o idoso quer tomar banho agora toma, senão pode ser mais tarde, entende?...*” (E8). É reconhecida uma postura de proximidade e preocupação pelo acesso à realidade singular do idoso/família, potenciadora de estabilidade e reveladora de responsabilidade ética e profissional dos enfermeiros.

A intervenção e o comportamento do enfermeiro-chefe são responsáveis pela manutenção de um ambiente saudável e de motivação da equipa, através de relações harmoniosas entre os membros da mesma, o que, conseqüentemente, se reflecte nos cuidados promotores de conforto ao doente e à sua família, constituindo desta forma um dos modelos de referência. O enfermeiro-chefe dialoga, ouve as pessoas, faz formação informal e promove a solidariedade profissional. O trabalho em equipa conduz a uma orientação própria – significa ver na mesma direcção, sobre o mesmo objecto, com a mesma direcção: “*Para nós uma coisa que é essencial [para confortar] (...) é preocuparmo-nos com o doente (...), nós aqui, por acaso, somos uma equipa que temos em consideração as necessidades do doente. É algo que a chefe se preocupa e nos incute...*” (E2). Verifica-se uma dinâmica de cuidados que privilegia o conhecimento das particularidades e necessidades dos doentes procurando uma melhor gestão do tempo.

O ambiente positivo promove **o espírito de inter-ajuda nos cuidados**, como é evidenciado pelos enfermeiros: “*O importante é trabalharmos bem com todas as colegas, sejam enfermeiras ou assistentes operacionais (...) e isso acontece*” (E3). O trabalho em equipa

desenvolvido pelos enfermeiros, como verificamos nos discursos, foi valorizado por estes: *“Acho que aqui, pelo menos, conseguimos trabalhar bem em equipa multidisciplinar. E isso é que é importante para o conforto do doente...”* (E2). Uma das características do trabalho em equipa é a relação que se estabelece entre os seus membros; uma relação baseada num sentimento de confiança mútuo entre os elementos da equipa, sendo a comunicação fundamental.

Também na opinião dos assistentes operacionais (AO), este ambiente positivo promove o espírito de equipa, tal como constatámos: *“(...) na distribuição, aqui começando pelas pontas, (...) se eu ficar, por exemplo, nas pontas, o enfermeiro que começar na sala sete...eu vou com ele. Damos banho na cama e, se for alguém que vá à casa de banho e que precise de ajuda, eu vou! Ou, há enfermeiros que se for preciso, também vão!..mas ajudamo-nos.”* (AO1) e acrescenta: *“(...) por norma, somos cinco auxiliares, normalmente numa manhã são cinco auxiliares, ajudamos...! Está a ver é muito importante este espírito de ajuda!”* (AO1). Este constitui também um objectivo da chefia *“(...) com as assistentes operacionais também procuro a melhor distribuição. Preferencialmente cinco, [nas manhãs], (...). Na tarde, duas por vezes consigo três e, na noite uma! Sendo que há dias na semana que, sendo mais problemáticos, por exemplo, de domingo para segunda, em que normalmente temos mais doentes e, consigo escalar duas assistentes operacionais... há espírito de inter-ajuda”* (EE6).

Na unidade social estudada, as relações entre os diferentes elementos da equipa de enfermagem e, com o enfermeiro-chefe, constituem-se em momentos de formação, que apelam à análise individual/colectiva e à singularidade das situações, e constituem-se fundamentais para o relacionamento saudável. Na verdade, humanizar e preservar as relações entre os membros da equipa de enfermagem, é um meio de melhorar a humanização e a personalização dos cuidados prestados aos doentes. Verifica-se uma postura de flexibilidade e de proximidade do enfermeiro-chefe, o que promove uma ligação afectiva entre os elementos da equipa multiprofissional, devido ao interesse autêntico e genuíno sentido por todos os elementos. No entanto, esta proximidade não evidencia uma postura permissiva, ou seja, não significa satisfazer a vontade dos membros da equipa, mas sim identificar as necessidades que estejam directamente ligadas à motivação e à autorealização (Sousa & Barroso, 2009), revelando-se numa força de liderança pautada pela atenção particular às situações e à gestão de cuidados, tal como verificamos na seguinte citação: *“A chefe está sempre em cima do acontecimento... é exigente... isso é bom, puxa por nós e motiva-nos... quer que prestemos bons cuidados... de qualidade!”* (E3). A motivação é uma característica da equipa, pois existe um grande empenhamento de todos e de cada um em particular para a obtenção de um objectivo comum, conhecido e partilhado por todos *“Na verdade a chefe pensa na equipa (...) ela é muito nossa amiga e humana”* (E2).

A *liderança/ligação de proximidade* funciona como inspiração para os restantes membros da equipa multiprofissional. Foi possível observar a cordialidade, a empatia e o convívio, como elementos que permeiam o cumprimento dos cuidados de enfermagem geriátricos e a manutenção de relacionamentos saudáveis na equipa, junto dos idosos e das suas famílias, tal como evidencia o registo de observação: “O doente idoso, acompanhado da filha, ao dirigir-se para a saída do serviço, pediu para se despedir da enfermeira chefe. Esta chegou perto do doente com um ar sorridente e perguntou: *então já nos vai deixar? É bom sinal... se precisar de nós já sabe... estamos aqui, sempre (...)* (e com um aperto de mão despediu-se do doente que, emocionado e com lágrimas nos olhos, estendeu a mão para se despedir)” (DC). A afectividade é reconhecida como facilitadora e como um dos pontos fortes da equipa de enfermagem, reforçando e permitindo um melhor conhecimento inter-equipa. Os aspectos referidos potenciam a disponibilidade para os cuidados de conforto ao doente idoso/família, sendo igualmente identificados, por Mok & Chiu (2004) e McCormack & McCance (2006), nos seus modelos de cuidados geriátricos, como essenciais ao bem-estar destes actores (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), o que se considera também fundamental para uma aproximação holística do cuidar. De um modo geral, segundo os enfermeiros cuidar do doente idoso é o núcleo central da profissão

Assim, verifica-se uma sintonia na liderança desenvolvida, o que conduz a um ambiente favorável à prática de cuidados, **potenciando os cuidados confortadores**, tal como podemos constatar por estes dois enfermeiros participantes: “(...) a distribuição enfermeiro/doente contribui bastante para a estabilidade da equipa e para o conforto. (...) tentar ao máximo que um enfermeiro esteja por enfermaria e, quando está com duas, que sejam o mais próximo possível, para a pessoa doente sentir que está alguém mais presente. Eu acho que a chefe consegue manter essa estabilidade.” (E7); “Neste momento, no serviço, conseguimos um rácio enfermeiro/doente que promove mais o conforto (...). A chefe tem esta preocupação! Neste momento, conseguimos melhorar o conforto no aspecto em que realmente somos mais enfermeiros e temos menos doentes na distribuição de cuidados.” (EE2). Gera-se, desta forma, um ambiente mobilizador de conforto que decorre da associação de vários factores, nomeadamente da organização do serviço de enfermagem, numa perspectiva de flexibilidade e de proximidade: “Na tarde e na noite, às vezes somos três enfermeiros, (...) temos sempre assistentes... agora o que é que isso possibilita? Que nós desenvolvamos a chamada relação de empatia! Relação de ajuda! Podemos estabelecer mais comunicação com o doente.e isso conforta...” (EE3); “(...) há turnos em que fico só com quatro utentes! Por exemplo, isso aí já é muito mais facilitador; já tenho mais tempo, posso estar a falar com as pessoas um pouco mais, posso dar atenção a outro tipo de pormenores (...) que têm a ver com o conforto...” (E4).

No que diz respeito ao ambiente socioprofissional, o *ambiente integrador* evidencia-se como determinante e fundador dos cuidados geriátricos para a orientação dos cuidados

de enfermagem promotores de conforto (Josso, 2002; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Oliveira, 2011). A postura do enfermeiro-chefe constitui um suporte importante no serviço, no que se refere à filosofia de cuidados de enfermagem e à missão do serviço, sendo decisiva para a coesão desta equipa de enfermagem. O enfermeiro-chefe evidencia-se como líder para a equipa de saúde, enquanto os enfermeiros lideram o processo de cuidados, havendo assim uma inter-relação entre a liderança e o cuidado geriátrico confortador (Carapinheiro, 1998; Lopes, 2001; Oliveira, 2011). Exige-se que o líder possua real interesse em desenvolver determinadas capacidades, numa postura de flexibilidade nas relações que estabelece com os seus liderados. O ambiente neste contexto de cuidados geriátricos é facilitador do cuidado confortador, aspecto que emerge como foco e objectivo da equipa de enfermagem. Segundo Goleman (2001: 171) a “chefia não é domínio, mas antes a arte de persuadir as pessoas a trabalharem para um objectivo comum”.

Neste ambiente específico, verificam-se normas que se constituem facilitadoras da organização e da gestão de cuidados e que dão sentido às relações diádicas diversas além de possibilitarem uma melhor condução dos cuidados de conforto. Embora o trabalho de equipa se desenvolva numa cultura de participação de todos os actores, os enfermeiros são aqueles que fazem movimentar toda a dinâmica de cuidados e permitem uma maior expansão das relações. A observação possibilitou-nos conhecer a forma como idoso/família e profissionais de saúde interagem e se inter-relacionam: os enfermeiros são procurados por todos os actores do contexto para darem esclarecimentos e informações, esclarecerem dúvidas e tomarem determinadas decisões. A influência do contexto é especialmente poderosa na construção e desenvolvimento evolutivo do processo de conforto dos idosos hospitalizados.

1.1.2. Concepções de enfermagem geriátrica

Uma concepção de enfermagem constitui-se como uma filosofia que orienta a acção individual de enfermagem e, colectiva compreendendo assim, as orientações teóricas e metodológicas vinculativas à prática de cuidados (Abdel-Al, 1975; Wilson, 1986; Kérouac *et al*, 1996). Collière (1999: 234), adverte para a importância de “Identificar os cuidados de enfermagem e questionarmo-nos sobre o que os caracteriza, sobre o que funda a sua identidade”. Implica reconhecer a sua natureza, os elementos que participam na sua estruturação, nomeadamente: as crenças e valores em que se fundam, os conhecimentos e instrumentos que utilizam, os seus limites e natureza do poder e ainda o campo de competência e suas dimensões (Collière, 1999). Também a Ordem dos Enfermeiros, em 2003, considera que a competência do enfermeiro de cuidados gerais se refere “(...) a um

nível de desempenho demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”.

Uma concepção de cuidados é algo que se vai desenvolvendo através da vivência, da sensibilidade, da abertura aos outros, tendo a formação um papel preponderante no seu desenvolvimento, no crescimento dessa concepção. A formação dos enfermeiros desempenha um papel determinante, uma vez que, é geradora de atitudes, de comportamentos e de condutas (Collière, 1999). A construção dos saberes é um processo permanente que se desenvolve sob a acção de múltiplos factores de socialização. Por outro lado, apesar de nem toda a experiência resultar em aprendizagem, ela própria constitui-se como um potencial da mesma, na medida em que está interligada com a pessoa nos seus contextos (Cabrito & Costa, 2009). A prática profissional é assim transformadora, admitindo que “(...) toda a interacção prolongada com o meio transforma as pessoas e os grupos” (Cabrito & Costa, 2009: 26). Os saberes experienciais e o contexto de trabalho são um capital formativo muito importante. A enfermagem é constituída por saberes – empírico, ético, pessoal e estético – que se originam e se (re)criam na prática, através de processos que desenvolvem e transformam o conhecimento, levando a novas aprendizagens (Costa, 2006).

Centrámo-nos nos cuidados às pessoas idosas. No nosso estudo, ***as concepções da enfermagem geriátrica*** constituem um domínio do contexto de cuidados. A forma como os enfermeiros cuidam está relacionada com a construção social que têm do cuidar, tendo em conta o valor que se lhe atribui. Watson (1985) chama a atenção para o facto de, independentemente de a pessoa ter ou não consciência do seu sistema de valores ou filosofia de vida, a concepção de cuidados dos enfermeiros reflecte os seus valores e a forma como eles, os enfermeiros, se projectam na prática de cuidados. Assim, a orientação dos enfermeiros é reveladora de uma *perspectiva humanista/afectiva* – apela para uma acção construtiva centrada no idoso, como sujeito de cuidados – embora haja evidência de um cariz que se relaciona com uma *perspectiva de “segmentação” dos cuidados* como é possível ver no diagrama 9.

Diagrama 9 – Concepções de cuidados geriátricos: Categorias e subcategorias

Rejeitando a hipótese de encarar o doente de uma forma reducionista, como um ser-objecto e, obrigando a uma reflexão que leve a pessoa do enfermeiro a interessar-se pelo sentido da pessoa do doente, a *perspectiva humanista-afectiva*, embora possa ser encarada de formas diferentes, assume neste contexto uma abrangência que evidencia uma orientação por uma prática centrada no doente idoso, com forte ênfase na consideração deste como um todo, tendo em atenção a sua individualidade, em direcção a uma **Intenção/Objectivo de cuidar/cuidado centrado no conforto**, tal como podemos perceber pelas diferentes asserções significativas dos actores enfermeiros: “(...) estou muito motivado neste serviço... o conforto é muito importante, é o que procuro quando cuido dos doentes!” (E1); “O meu objectivo no cuidar... é colocá-lo [o doente] o mais confortável possível (...)” (E8); “[Quando cuido] quero que ele [doente] esteja bem, confortável” (E10); “Eu acho que há simplesmente uma coisa que é essencial no cuidar os idosos... o conforto... e da qual não podemos abdicar.” (E2); “Acima de tudo cuido para o conforto dos doentes.” (E3); “Promover o conforto acaba por ser um dos objectivos principais, [do cuidar] (...)” (E4).

São vários os autores que defendem esta ideia, tal como diferentes estudos comprovam, que, efectivamente, numa lógica de cuidar centrada na pessoa, não há margem para dúvida de que os enfermeiros agem em prol da obtenção de vários objectivos terapêuticos, entre os quais o conforto (Kolcaba, 1994, 2003, 2009; Morse, 2000; Tutton & Seers, 2004; Mussi, 2005; Mercês & Rocha, 2006; Oliveira, 2006, 2011; Apóstolo, 2007; Rosa et al., 2008; Oliveira & Lopes, 2010). No que diz respeito à concepção de cuidados aos idosos em contexto hospitalar, o estudo de Costa (2006) conclui que, os enfermeiros se auto-identificam com uma visão humanista dos cuidados, numa visão mais de natureza antropológica do que técnica.

Cuidar do doente idoso é interessar-se por ele. A concretização e a adequação dos cuidados centram-se numa atenção à singularidade de cada idoso, com vista a alcançar múltiplos resultados, entre os quais o conforto, tal como defendem Oliveira & Lopes (2010: 73) “Demonstrar interesse e boa vontade para com os bens valorizados pelo cliente – no caso, o seu melhor conforto – e revelar-se competente para deles melhor cuidar, são marcas da fidedignidade da enfermeira avaliadas pelo cliente, (...)”. O conforto na enfermagem é algo desejado, uma forma de concretizar o cuidado (Morse, 2000; Kolcaba, 2003; Nightingale, 1859/2005; Oliveira & Lopes, 2010) e, por isso, importante para a pessoa.

O conceito de ajuda orienta a prática de cuidados de conforto numa relação baseada nos conhecimentos e nas vivências partilhadas com os idosos e família: *“O que me preocupa [quando cuido] é o bem-estar do doente e família... ajudar o doente a alcançar o conforto, claro!” (E7)*. A finalidade da relação de ajuda para com os idosos envolve a integração máxima da experiência que ele vive, a fim de ir ao encontro da pessoa como um todo, sendo por isso intrínseca aos cuidados de enfermagem geriátricos. A relação de ajuda em enfermagem é vista numa perspectiva humanística e holística na qual a pessoa é concebida como um ser em relação. O corpo não é apenas uma realidade biológica; é igualmente cultural mas também não deixa de ser interioridade psíquica (Simões, 2008). Segundo o mesmo autor, a promoção do bem-estar do idoso surge como um dever para os profissionais de saúde e engloba as diferentes dimensões da pessoa, atendendo à mesma na sua totalidade. O conforto surge como o objectivo principal da intervenção do enfermeiro, mas para que isso aconteça, é fundamental a compreensão da situação global do idoso.

A atenção a prestar ao idoso está centrada **numa visão holística da Pessoa**, que se detém, essencialmente, na operacionalização de uma preocupação crescente com a necessidade de cuidar o doente idoso como um todo, como percebemos pelas seguintes declarações: *“Para confortar, é preciso conhecer o doente... não apenas em relação à doença em si, mas a tudo aquilo que o rodeia, a tudo aquilo que o preocupa, os seus problemas de casa. Muitas vezes, a primeira pergunta, quando me apresento, é com quem vive. Não... porque isso é muito importante para o doente e eu, ao fazer esta pergunta, consigo ter uma percepção de muitas coisas que se passam com o doente. Muitas vezes, o doente não tem dor, não é dor... o desconforto dele não é da doença! Não é físico! Não foi aquilo que o trouxe aqui mas uma série de preocupações que existem por detrás disso, que existem lá fora (...)” (EE4)*. Igualmente para Àvila, (2009: 48) “Os cuidados aos idosos revestem-se de uma complexidade com características próprias e específicas, pelo que devem ser dirigidos ao idoso de forma holística”. Sob esta forma de orientação, mais facilmente se poderá compreender a relação entre as diferentes dimensões – biológica, psicoespiritual, socio-cultural e ambiental – de forma a humanizar e melhorar a qualidade dos cuidados.

Esta *filosofia humanista/afectiva* é considerada central na intervenção dos enfermeiros, sendo um eixo integrador desta mesma intervenção no contexto dos cuidados de conforto geriátricos, procurando o enfermeiro atender à unicidade do doente na procura das suas necessidades: “(...) [para prestar cuidados confortantes] é importante perguntarmos aos doentes que necessidades têm. Que necessidades de conforto têm. Se estão bem, se não estão! Aquilo que os doentes têm de nos dizer, porque nós, nós não sabemos! São as necessidades individuais!” (EE5); *Quem sabe são eles, [os doentes]. São eles que nos costumam dar as directrizes (...), em termos de conforto.*” (EE2). Esta postura é defendida por vários autores quando salientam que a prática dos cuidados aos idosos se orienta no sentido de dar resposta às suas necessidades de saúde (Moniz, 2003; Cabete, 2005; Costa, 2006; Gomes, 2009; Oliveira, 2011). A prática desvela, de forma harmoniosa, a importância da cordialidade entre as acções e as relações “(...) eu acho que o idoso precisa (...) das pessoas, que cuidem delas porque o idoso é frágil. (...) é um género de doentes que permanecem mais tempo no internamento e que uma pessoa começa a ter uns laços afectivos com o doente.” (EE1). Por sua vez, o cuidado é entrelaçado pela preocupação com e pelo cuidado do idoso, que advém do envolvimento e da ligação afectiva estabelecida. A expressão de sentimentos demonstrada pelo enfermeiro constitui uma ponte para o conhecimento da pessoa, possibilitando a interacção entre a díada enfermeiro-doente.

Na literatura de enfermagem existem vários autores cujo modelo de cuidados reflecte uma visão humanista/afectiva, da qual é exemplo, como já referido anteriormente, a teoria de Parse (1987), do tornar-se humano da “escola do ser unitário”. Também a “escola do cuidar” permite, através dos seus valores e conceitos, compreender a filosofia humanista (Leininger, 1991; Watson, 1985, 1988). Os enfermeiros orientam-se mais para os paradigmas da integração e da transformação do que para o da categorização, na medida em que se verifica um interesse em entender a Pessoa como um todo, um ser em relação, com diferentes necessidades (Kérouac, et al., 1996). Há um reconhecimento da pessoa como determinante no processo de conforto, surgindo várias referências, nomeadamente dos enfermeiros, que o evidenciam: “(...) o doente idoso é diferente, é necessário (...) entendê-lo, entender as suas necessidades” (E1); *“É importante perceber as necessidades da pessoa... conhecer a pessoa e saber o que é para ela, o estar bem e o estar confortável (...) a vários níveis, é isso. Pergunto sempre o que é que os preocupa! É importante perceber as necessidades, (...) a patologia deles, o meio em que eles se situam, preocupações com a família, com vários níveis!”* (EE3).

Os enfermeiros consideram ser importante **compreender os idosos e o processo de envelhecimento**: *“É importante atender (...) a todo esse processo de envelhecimento e compreender os idosos”* (E1). Compreender o idoso é, assim, indispensável ao processo de conforto. Esta compreensão do idoso e do processo de envelhecimento aparece como um

todo integrado e nuclear, neste processo. Reconhecer o outro, mediante aquilo que ele próprio revela ou manifesta, engloba o seu conhecimento e, surge como intencional, tal como se enfatiza nas seguintes declarações: *“Conforto é dar resposta ao que o doente precisa... ir ao encontro das necessidades do doente (...) tentar mesmo perceber se ele está confortável ou não, (...)”* (E5); *“O conforto não é estanque, é diferente de pessoa para pessoa. Temos de conhecer minimamente a pessoa para saber o que a pode tornar confortável ou não, o que é que naquele momento pode estar a ser prejudicial para ela, tem que haver um conhecimento prévio da pessoa para sabermos quais os factores que vão influenciar o seu conforto.”* (E7).

O objectivo de cuidar torna particular e com sentido os diferentes gestos que compõem o acto de cuidar. O conhecimento do doente idoso é um elemento integrante da compreensão do mesmo, que se reveste de extrema importância, tal como defende Mayeroff, (1990), constituindo o cuidar um empreendimento que requer uma pesquisa de conhecimentos em que cada pessoa é vista como uma realidade única, com as suas particularidades, sendo, por isso, diferente de outra pessoa: *“[O idoso] Já viveu muito, já teve muitos sabores, já teve muitas alegrias! Muitas vezes, são pessoas que são alvo de negligência social, são pessoas que convivem muito com a solidão. As famílias, muitas vezes, também não têm disponibilidade (...) temos que entender cada situação... perceber bem (...)e, não esquecer que têm associado o factor doença que acaba por não ajudar absolutamente em nada (...)”* (E3).

A nossa observação permitiu-nos perceber que os enfermeiros procuravam obter não só informações relevantes como também conhecimentos que lhes permitissem efectuar uma avaliação inicial do doente, de modo a identificar as suas necessidades e os seus problemas e direccionar estratégias de intervenção. Assim, no contacto inaugural, era feito o preenchimento da folha de colheita de dados, para a história clínica de enfermagem monitorização da dor, quedas e úlceras de pressão, de acordo com impressos próprios. Caso existisse indicação, era feito o preenchimento da folha de referenciação para os cuidados continuados. Estas avaliações eram feitas de 5 em 5 dias.

O enfermeiro integra o conhecimento científico e clínico e age no momento, em função destes: *“(...) eu sabia que durante a manhã o sr.X tinha estado muito inquieto, referindo dores em todo o corpo e com vontade de ir para a cama. (...) pensei logo em colocar o colchão e deitá-lo mais cedo... acho que foi o melhor para o doente... penso que foi o melhor (...)”* (E2). Esta procura intencional pressupõe um envolvimento e uma observação apurada do enfermeiro e revela-se como um indicador da acção de cuidar profissional em enfermagem (Hesbeen, 2000; Kolcaba, 2003, 2009; McCance, 2005). Constitui ainda um trabalho incessante e contínuo, a fim de aceder aos aspectos importantes e específicos do doente idoso crónico, encontrando sentido na **Individualização dos cuidados/valorização das “pequenas grandes coisas”** o que permitirá ao enfermeiro desenhar intervenções de cuidados

intencionalmente dirigidas ao conforto do idoso *“Para confortar valorizo as pequenas coisas importantes para os doentes...”* (E4); *“São pequenas coisas, pequenos gestos que têm a ver com as necessidades da pessoa...”* (E6).

A expressão humanista/afectiva traduz-se numa intervenção individualizada e de atenção às *“pequenas grandes coisas”* que Hesbeen (2000) refere tratar-se de tudo o que dá sentido à vida e é importante para a pessoa e que promove o bem-estar e conforto da mesma. Esta atenção revela, sem dúvida, a preocupação do enfermeiro com o idoso *“As pequenas coisas acabam por ser tudo o que não se vê mas que são importantes para a pessoa, pois se for de encontro a essas pequenas coisas o doente vai melhorar a sua auto-estima e vai recuperar mais depressa (...)”* (E2). Hesbeen (2000), alerta para a importância do reconhecimento dessas *“pequenas coisas”*, que constituem os cuidados de enfermagem.

Esta forma de ser/estar é elucidativa do modelo de referência que enforma e é orientadora dos cuidados de conforto geriátricos, revelando uma preocupação com o idoso, na sua existência. Os dados encontrados enquadram-se, na ideia de que os cuidados de enfermagem geriátricos, na sua realidade, são marcados pela subtileza, pela espontaneidade e pela intuição (Hesbeen, 2001), tal como podemos constatar: *“Acabámos de entrar no quarto e aproximámo-nos da doente que estava sentada no cadeirão: « Estão a pentear-me como eu gosto, já viu? O enfermeiro é muito meu amigo...não lhe disse nada e percebeu logo como eu queria o penteado...ainda tem tempo para estas coisas.» Disse a doente (sorriu). Respondi: « E fica-lhe bem esse penteado!»”* (DC). É fundamental atender às *“pequenas coisas”*, já que tal revela a preocupação do enfermeiro com o outro, na sua existência, de modo que o doente perceba que não está sozinho ou, *“dar à pessoa o que ela precisa”*; são estas *“pequenas coisas”* que constituem os cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2001).

Nas observações realizadas e nos relatos dos participantes, emergiu que os enfermeiros reconhecem e demonstram **sensibilidade à fragilidade/ dependência do doente idoso**, à necessidade do mesmo ser protegido, para que a integridade do seu *“self”* seja assegurada, tal como verificamos nas asserções que se seguem: *“(...) até me motiva [trabalhar com idosos] motiva-me, (...)! É uma pessoa frágil (...)”* (E4); *“(...) à partida [os idosos] são pessoas mais dependentes com mais limitações, têm a sua especificidade (...)”* (E8).

A existência de polipatologias e a sua cronicidade aumentam com a idade, tornando os idosos mais vulneráveis (Berger, et al, 1995; Cabete, 2005) sendo esta também a opinião dos enfermeiros intervenientes: *“Os idosos são mais vulneráveis! Com mobilidade reduzida, até a nível nutricional muito mais vulneráveis, mais dependentes! (...)”* (EE3); *“(...) os idosos são pessoas muito mais dependentes, quer a nível físico quer a nível (...) emocional, entre outras, (...)”* (E1). A dependência é referenciada, neste estudo, sob diferentes formas que se interrelacionam, o

quem vem corroborar os dados de outros estudos (Almeida, 1999; Morrison, 2001; Gomes, 2009; Sequeira, 2010; Araújo, 2010).

A fragilidade e a vulnerabilidade fazem parte da condição humana, são intrínsecas a qualquer pessoa; no entanto, a doença torna o corpo passivo e, ao mesmo tempo, vulnerável (Renaud, 2005). A fragilidade pode ser entendida como a capacidade que cada pessoa tem, ou não, de se proteger (Sellman, 2005), pelo que parece ser importante que o enfermeiro reconheça a complexidade desta dimensão, com vista a uma intervenção consonante com as necessidades da pessoa idosa. Tomar em consideração a fragilidade do idoso, remete-nos para uma abordagem multifactorial e liga-se a uma visão humanista, distanciando-se do paradigma biomédico (Macedo, Gazzola & Najas, 2008).

Também o processo de transição gerado pelas mudanças pessoais sentidas, face às perdas e aos diferentes síndromes geriátricos, determina uma acrescida vulnerabilidade para factores que podem afectar o doente idoso directa ou indirectamente. *“[Os idosos], principalmente os doentes crónicos, são doentes de elevada dependência, numa grande percentagem, com muitas actividades de vida alteradas e com necessidades de conforto variadas (...).” (E3).* No entanto, como o processo de transição é único, pelas variáveis pessoais e contextuais, só é passível de ser compreendido na perspectiva de quem o vivencia. A avaliação global do doente idoso permite identificar quais as necessidades de ajuda e quais as dimensões da funcionalidade da pessoa que se relacionam com a dependência (Sequeira, 2010), pelo que a prática de cuidados de conforto se desenvolve também em função das suas capacidades funcionais. Igualmente na equipa médica existe esta preocupação: *“[Os idosos] São doentes especiais, porque são doentes muito mais vulneráveis. E temos que ter uma atenção especial, porque têm dificuldade em exprimir as suas queixas, têm dificuldade, muitas vezes, em transmitir a dor, o desconforto e mesmo sintomas médicos que temos que tentar avaliar por outras vias.” (M1).* Poder-se-á dizer que estes doentes precisam de cuidados que os protejam de eventuais danos, sem pôr em risco a autonomia do doente, o que poderia acontecer mediante uma atitude de paternalismo, *“[O doente idoso] tem algumas particularidades... são muito mais dependentes, (...) acabam por ter algumas características que temos de levar em conta quando estamos a cuidar deles.” (E7).* O enfermeiro deverá atender à diminuição da capacidade adaptativa da pessoa idosa, ligada às diferentes perdas e variações e, conseqüente aumento da sua dependência.

À medida que se envelhece, pode verificar-se a impossibilidade de realizar, de forma independente, algumas actividades do dia-a-dia. No entanto, é preciso perceber que os problemas de dependência só surgem em algumas pessoas de idade avançada (Berger et al., 1995; Imaginário, 2004; Cabete, 2005; Lima, 2010), conferindo assim ao envelhecimento

uma natureza diferencial. Na sua intervenção, o enfermeiro deverá atender à polivalência dos cuidados que o doente idoso exige, tendo como preocupação preservar a identidade da pessoa cuidada.

Os enfermeiros participantes do estudo são igualmente sensíveis às questões relacionadas com o **significado e o sentido atribuídos à hospitalização**: *“O internamento é sempre um processo complicado para as pessoas” (E12); “A hospitalização (...), é capaz de ser um processo (...) difícil, (...), é um ambiente diferente do que [os idosos] têm no domicílio” (E1).* O reconhecimento da hospitalização como um momento de desconforto e sofrimento aparece também expresso no discurso dos enfermeiros: *“Em modos gerais, [a hospitalização] é sempre uma experiência desconfortável. Por mais confortável que se tente tornar, no geral, é sempre uma experiência desconfortável quer para o doente quer para as suas famílias, porque é sempre uma alteração de rotina, da vida, (...) que vai causar, por vezes, um mau estar, um mau estar físico, um mau estar mental. (...)” (E5).* Para Morrison (2001: 45), as pessoas que são hospitalizadas por doença, “abandonam a sua independência em maior ou menor grau (...)” retirando-se-lhe, de certa forma, a responsabilidade. Este sentimento é igualmente partilhado por alguns enfermeiros: *“[A hospitalização], é difícil para todos! E depois os idosos, muitos deles, (...) antes de serem internados eram independentes e depois, muitas das vezes, passam a ser dependentes (...)” (E9); “Para alguns [doentes] a hospitalização traz desconforto, para outros não! E eles próprios verbalizam isso... temos que perceber o doente...” (EE4).*

A hospitalização é um momento gerador de stress para a pessoa idosa e para a sua família, sendo importante conhecer o seu contexto de vida para melhor poder cuidar. Na opinião de um enfermeiro, alguns doentes lidam com a situação de hospitalização de forma nobre, revertendo-a; outros precisam de ajuda, ficam mais vulneráveis, exigindo, por isso, que se tenha em conta que a pessoa é um ser complexo com uma individualidade própria, da qual derivam necessidades e desejos seguramente diferentes dos de outrem: *“Há pessoas que se integram melhor na hospitalização do que outras, há doentes que são mais receptivos, há doentes que só a mudança do ambiente, neste caso hospitalar, lhes provoca transformações a nível de orientação/desorientação, mas depende, depende da pessoa!” (E10).* A hospitalização altera o equilíbrio do doente, levando muitas vezes ao sentimento de desamparo e de sofrimento, exigindo assim, grande capacidade de adaptação do mesmo: *“O número de internamentos que a pessoa já teve é importante (...). Se for o primeiro internamento é óbvio que a pessoa vai sentir-se pouco familiarizada com todos os hábitos e rotinas que são feitas cá no serviço; contudo, se for uma pessoa já habituada a internamentos cá, não vai ter assim tanta dificuldade, mas não deixa de ser uma experiência complicada... que causa sofrimento...” (E1).*

Dado que, o sofrimento se evidencia como uma experiência complexa, individual e subjectiva e uma constante na vida das pessoas que vivenciam uma situação de doença

crónica e de hospitalização verifica-se uma necessidade urgente de o perceber, sob diversas perspectivas e, de o examinar neste contexto (Morse, 2001). Os enfermeiros, como principais cuidadores do sofrimento são, frequentemente, o único suporte do doente e dos seus familiares (Morse, 2001), pelo que têm, a seu cargo, a avaliação e a compreensão do sofrimento e das diversas reacções do doente ao mesmo, a identificação das suas necessidades e a difícil tarefa de lhe diminuir ou aliviar a dor e o desconforto físico, emocional e espiritual, com vista à promoção do conforto (Kolcaba, 2003; Wright, 2005). Existe assim, uma relação significativa entre a diminuição do sofrimento e a promoção do conforto, (Kolcaba, 2003) inserindo-se numa concepção humanizada de cuidar.

O desconforto e o sofrimento do doente idoso hospitalizado desafiam os profissionais de saúde, concretamente os enfermeiros, a questionarem os seus pressupostos sobre as questões que se relacionam não só com o idoso e o envelhecimento, a doença e a hospitalização, como também com o seu papel no agir, no cuidado ao doente e na sua relação com este. Watson (2002a) considera que os enfermeiros devem desenvolver um sistema de valores humanístico-altruísta, procurando reflectir as experiências de vida da pessoa. Assim, deverão procurar cultivar a sensibilidade para consigo e para com os outros, a fim de poderem desenvolver uma atitude de preocupação com o bem-estar e conforto da pessoa, através do autoconhecimento, da autenticidade e do desenvolvimento dos próprios sentimentos. A identificação com a experiência do doente exige envolvimento centrado no “insight” empático, o que só se tornará possível através da relação enfermeiro-doente, a qual “vive” de um sentido – a procura permanente de conforto.

O enfermeiro, como profissional de saúde mais próximo da população idosa hospitalizada, deve compreender o envelhecimento e as respectivas alterações bio fisiológicas daí decorrentes, as quais, neste processo, constroem a individualidade de cada pessoa, conduzem a uma maior vulnerabilidade da mesma e, conseqüentemente, a uma maior probabilidade de adoecer. É necessário que o enfermeiro tenha preocupação em obter conhecimentos acerca dos idosos, do processo de envelhecimento, da situação de saúde/doença e de como tudo se encaixa na história de vida de cada pessoa (Costa, 2006; Fonseca, 2006).

A perspectiva holística do cuidar geriátrico é condensadora de um saber periférico, promotor do reconhecimento do doente idoso/família e, transporta-nos para uma prática de humanização/afectiva que leva à compreensão do doente idoso – ser social, na sua singularidade, com comportamentos baseados nos seus valores e crenças e com desejos e expectativas individuais – o que vem reforçar conclusões de estudos como os de Cardoso (2000), Costa (2006); Serrano (2008), Àvila, (2009), Dutra (2009), Gomes (2009), Oliveira

(2011) e Frias (2012). Ao cuidar o idoso como ser único e com dignidade própria, permite que se estabeleça diferenças entre mesmos e, assim, prestarem-se cuidados de enfermagem de forma individualizada.

Apesar da *perspectiva humanista/afectiva* ser dominante no contexto dos cuidados geriátricos, o modelo social da profissão assume uma *perspectiva de “segmentação” dos cuidados* assente num modelo biomédico (Kérouac *et al.*, 1996), no que se relaciona particularmente com a gestão da informação. Assim, para os enfermeiros, existe **pouca expressividade dos cuidados autónomos na transmissão de informação oral/escrita de enfermagem**, como podemos constatar pelas várias asserções que se seguem: *“Podemos melhorar os registos e ocorrências no que diz respeito ao conforto... são incompletos! Sinceramente não é muito falado [o conforto]. Falamos em termos de dor, só!”* (E8). Os registos de enfermagem que são efectuados não reflectem os cuidados que foram prestados às pessoas, nem tornam possível planear os cuidados a prestar, não servindo assim de elo de ligação, nem de meio de comunicação, quer intra quer inter equipas: *“Os registos não revelam as necessidades de conforto dos doentes...”* (EE3); *“Acho que nós cometemos um erro... acaba por acontecer desde que começamos a trabalhar, não sei se é por falta de tempo, se é por vermos que os colegas também fazem assim... as notas são chapa três!”* (E2). Apesar de fundamentais e de representarem a comunicação escrita dos factos essenciais, os registos são incompletos e inespecíficos, relativamente à dimensão do conforto, pelo que, não conseguem reflectir a natureza holística do trabalho dos enfermeiros: *“(...) nos registos, deveríamos fazer uma avaliação ao longo do tempo (...) para saber o que é que ele [doente] precisa mais, em termos de conforto, porque uma almofada pode não chegar, mas duas... até pode ele gostar mais ou não! E poderíamos ter, de, uma forma global, visualizar o que é que ele necessita mais para estar ainda mais confortável!”* (E10).

A informação reveste-se de uma grande importância para a enfermagem. O registo em si mesmo, propõe melhorar a comunicação entre todos os que cuidam a pessoa, proporcionando uma atenção comum e integral às necessidades e problemas desta (Lopes, 2006). Porém, nem sempre a documentação se verifica fácil, como é expresso pelos enfermeiros: *“(...) [o conforto nos registos] é bastante abolido até porque nós tentamos ser às vezes resumidos, (...) e as coisas específicas, as pequenas coisas... era importante... personalizar...”* (E9). Os registos não são relevantes no que diz respeito à especificidade do processo de conforto.

A visibilidade do desempenho dos enfermeiros faz-se através dos registos e, se assim for, reforça a autonomia e a responsabilidade profissional dos mesmos (Dias *et al.*, 2001). No nosso estudo, este aspecto não tem grande expressão, como se constata pelas

afirmações dos enfermeiros: *“O conforto a nível do registo não é muito evidenciado! A continuidade de cuidados não é só verbal; também convém haver a sua descrição, uma escrita, onde haja registos de maneira a que possa haver uma melhor continuidade de cuidados, (...) cuidados de conforto!”* (E9); *“Não é mencionado, nos nossos registos de enfermagem, o conforto; a única coisa é o estado de consciência do doente (....). Problema é que o conforto não é só isto... e nós continuamos a fazer como aprendemos, não escrevemos nada em relação ao conforto do doente (...) essa informação não é passada! Em relação ao conforto não, (...). E nem mais nada em relação ao bem-estar do doente, porque o conforto é o bem-estar, como disse no início da entrevista!”* (EE4).

Os registos constituem a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, devendo ser rigorosos, completos e realizados correctamente, na medida em que são o testemunho escrito da prática de enfermagem (Martins et al., 2008), aspecto pouco claro no contexto estudado como é testemunho dos enfermeiros: *“Lá escrevemos [nos registos] alguma alteração que houve no doente mas é sempre doente consciente, orientado, lúcido. Ou então desorientado, agitado. E não tentamos ser mais específicos e acho que... somos incompletos”* (E2); *“Não é... não é muito explícito [o conforto nos registos]! Há algumas coisas que se escrevem que implicitamente nós percebemos se estava confortável ou se não estava confortável.”* (E12).

Apesar da importância dos registos de enfermagem e das ocorrências ser reconhecida, neste estudo, pelos enfermeiros, como indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, a falta de expressão/evidência dos aspectos confortadores dificulta a promoção do conforto: *“Acho importante... os registos serem completos pois, se uma pessoa que não conhece o doente for ler as nossas notas, não fica a conhecer o doente! Só estando mesmo com ele é que vai saber as suas necessidades”* (E2); *“Se calhar, o que nós evidenciamos mais a nível de registos, não é bem o conforto, é mais a dor. Se tem dor ou não, se tem facies de dor ou não... não vamos ao pormenor de outras situações de desconforto e conforto.”* (E6). O enfermeiro considera importante haver um maior detalhe e especificidade dos aspectos confortadores, para um melhor atendimento ao idoso: *“Nós temos meia hora para a passagem de turno (...), e limitamo-nos, por exemplo, aos cuidados de higiene, não são cuidados de higiene, é conforto, porque nós, como já trabalhamos há muito tempo juntos achamos que está implícito! São cuidados de higiene e nós sabemos que a seguir massajamos e posicionamos e colocamos o doente numa posição confortável. Nem sempre aparece escrito o que fazemos... mesmo o posicionar e massajar (...)”* (E3); *“A passagem de turno, (...) são passagens de turno que são longas, em que ainda não há bem a capacidade de saber aquilo que é para se transmitir e o que não é; muitas vezes, diz-se o que não interessa como terapêutica e o que interessa não é dito! (...) estamos melhor, mas eu acho que ainda temos que melhorar muito!”* (EE6).

Podemos, igualmente, observar esta falta de expressão/evidência dos aspectos confortadores: *“Reunião de passagem de turno. Passagem de informação rápida e organizada.*

Momentos de reflexão e partilha de conhecimentos sobre questões pontuais, relativas à forma como decorreu o turno. Não há evidência da especificidade dos aspectos confortadores! Seguiu-se a distribuição de doentes” (DC). “Durante a reunião da passagem de turno, um enfermeiro, ao transmitir informações da sua doente, utiliza uma linguagem rica em informação ambígua e que traduz julgamentos de valor. O enfermeiro-chefe aproveitou para falar sobre a forma de abordagem. Não houve referência às necessidades e estratégias de conforto. Foi um momento formativo” (DC). Contudo, os enfermeiros reconhecem como grande finalidade dos registos, a garantia da continuidade dos cuidados confortadores, pelo que a sensibilidade para a mudança, conducente a uma maior expressão dos aspectos de conforto na transmissão de informação oral/escrita de enfermagem, parece evidente: *“Se calhar pode ser mais aprofundada em termos de registos e ocorrências (...) falta muita coisa (...). Acho que devemos ir mais ao pormenor, na parte do conforto (...)” (E10); “Eu diria que... não costumamos usar o termo conforto nos registos (...) acho que era importante estarmos mais atentos ao conforto...” (E5).*

A pouca utilidade dos registos e a consulta deficitária por parte dos enfermeiros foi evidente neste estudo. Se, para confortar é importante compreender e conhecer a pessoa, tal como foi referido pelos actores enfermeiros, este dado parece não estar em conformidade com esta postura. O estudo de Oliveira (2011: 196), pelos achados encontrados, vem confirmar esta expressão, quando salienta que, *“(...) os registos de enfermagem, não foram relevantes para o processo de Confortar, (...)”*. Verifica-se, no entanto, que esta é uma actividade que encerra em si a vontade de mudança *“Podíamos melhorar [os registos] eu acho que sim, era um desafio para todos, se bem que eu tenho a noção de que, se calhar, o registo do conforto não é um registo fácil (...)” (EE2)*, o que está de acordo com o Decreto Lei Nº 437/91, o qual regulamenta o exercício profissional de enfermagem e assume como uma das funções básicas inerentes ao exercício de qualidade *“(...) avaliar os cuidados de enfermagem prestados efectuando os respectivos registos e analisando os factores que contribuíram para os resultados obtidos” (OE, 2003)*. Uma avaliação de enfermagem contribui para o *“(...) planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos” (Simões & Simões, 2007: 23)*.

Cuidar não dispensa a escrita nem a comunicação oral, já que estas existem como uma realidade diária do trabalho do enfermeiro, permitindo realçar a comunicação dos aspectos resultantes do processo de cuidados geriátricos. Desde Nightingale, que se assume a importância da comunicação oral e escrita como essencial e indispensável à natureza dos cuidados e à continuidade no cuidar. Sob pena de se uniformizar as situações que se pretendem descrever, torna-se fundamental encontrar formas de comunicação e utilizar uma linguagem em que a pessoa, alvo dos cuidados, esteja bem visível, ou seja,

onde se possam tornar visíveis os cuidados de conforto personalizados – a unicidade do doente – de forma a manter uma história continuada dos acontecimentos ocorridos (Hesbeen, 2000).

Também a **escassez de reuniões multidisciplinares/abordagem dos aspectos relacionados com o conforto do doente** constitui um aspecto referido pelos enfermeiros como pouco facilitador da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde à pessoa, de forma holística, em toda a sua plenitude, concretamente dos cuidados promotores de conforto “(...) as reuniões em equipa multidisciplinar são quase inexistentes... achava importante haver, pois permitia que todos tivéssemos uma visão mais global dos doentes” (EE4). Com vista a um cuidado integrado e humanizado, a existência de reuniões multidisciplinares para abordagem dos aspectos relacionados com os doentes, incluindo o conforto, constituem-se relevantes “Gostava que houvesse mais reuniões multidisciplinares, (...) em que estaria presente o médico, a segurança social, a dietista, etc, não é? Porque acho que isso é importante, uma vez por semana, para falar sobre os diferentes aspectos relacionados com o doente na sua globalidade, incluindo o conforto. É pena, é pena não haver!” (EE6). Para que o trabalho em equipa seja bem sucedido, é fundamental que exista uma adequada comunicação interdisciplinar, através de uma postura de abertura e confiança. Tendo como finalidade o conforto do doente, o estabelecer “pontes” entre as pessoas pode contribuir para o encontro de estratégias e de soluções para determinadas questões.

No entanto, para além das duas reuniões anuais programadas com a equipa de enfermagem, constatámos que as reuniões informais com os diferentes enfermeiros, nomeadamente com os quatro chefes de equipa, se revelam muito úteis e pertinentes, na medida em que permitem debater e reflectir sobre algumas situações percebidas, com significado e intencionalidade e, definir estratégias ou procedimentos decisivos na promoção do conforto “Acabou a reunião com alguns elementos da equipa de enfermagem. À saída questionei sobre as vantagens desta reunião: «É muito importante falarmos sobre determinados aspectos que precisam de ser reflectidos e que, no dia-a-dia, nos passam despercebidos» (EE6); «Acho fundamental estes momentos... debatem-se assuntos, como viu, muito importantes...» (EE3); «Sem dúvida que aqui podemos falar da organização do serviço e do que achamos ser melhor para os doentes... o conforto é uma preocupação... ainda bem que está a fazer este trabalho...» (EE2); «Estes momentos são muito ricos... o nosso objectivo, afinal, é sempre a qualidade dos cuidados e o conforto, claro...» (EE1)” (DC). O conhecimento na acção e a gestão da informação inter-equipa contribuem para a compreensão de atitudes e procedimentos dos enfermeiros o que levará mais facilmente à adesão a propostas e medidas confortadoras (Lopes, 2006).

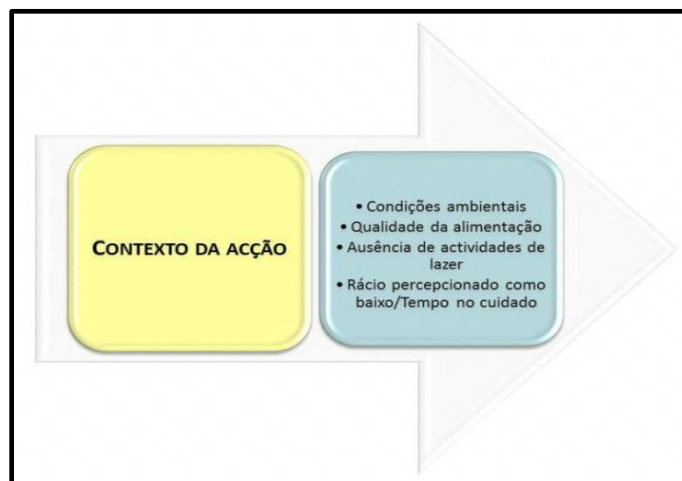
Em modo de síntese, neste contexto de cuidados geriátricos, o discurso que enforma as práticas de enfermagem assenta numa lógica centrada na pessoa, entendida como ser

único, onde é reconhecida a sua condição e o seu valor como Pessoa. O alívio do sofrimento humano, causado pela situação de doença e de hospitalização, é favorecido pelo relacionamento terapêutico. Este relacionamento centra-se num conjunto de saberes e práticas destinadas ao doente e à sua família, respeitando toda a complexidade, limitações e potencialidades dos envolvidos. É um processo de intervenção que se caracteriza por uma relação de proximidade, com a intenção de aproximar o doente idoso de Si mesmo e procurar ajudá-lo a dar continuidade ao seu projecto de saúde (aspecto que abordaremos mais adiante). A compreensão do doente idoso e o conhecimento do mesmo na sua totalidade revelam a preocupação do enfermeiro com a existência daquela pessoa *“Para podermos confortar os doentes devemos direccionar (...) o nosso trabalho, para a individualidade do doente e as suas preferências.”* (EE2); *“(...) é importante atender às pequenas coisas que são tão importantes para eles [doentes] e para nós também como profissionais...que nos destacam e são conforto!”* (EE2) que fazem a diferença e que “são um contributo essencial para a saúde das pessoas” (Hesbeen, 2000: 47). Todas as “pequenas coisas” são importantes para a pessoa, pois são aquelas que têm sentido e são significativas. No entanto, a prática nem sempre assim o indicia, pelo que os enfermeiros terão que mostrar as decisões que tomam, a fim de tornar visível o invisível.

1.1.3. Factores contextuais limitadores do conforto do idoso

No contexto dos cuidados geriátricos a existência de **factores contextuais limitadores do conforto do idoso** surge como um domínio significativo do nosso estudo, no qual se evidenciam as condições ou elementos do *contexto da acção* que se constituíram como limitadores não só da humanização dos cuidados, como também de um ambiente terapêutico (serviço de internamento) e ainda da integralidade dos cuidados de conforto geriátrico, como podemos ver no diagrama 10.

Diagrama 10 – Factores contextuais limitadores do conforto: Categoria e subcategorias



O *contexto de acção* constitui o espaço social onde o idoso/família permanece grande parte do tempo, durante a hospitalização (Carapinheiro,1998; Lopes, 2001). Constitui-se como uma unidade social onde acontecem as interacções e as relações diádicas entre os diferentes actores.

Inerentes ao *contexto da acção*, emergiram algumas **condições ambientais** igualmente referenciadas em outros estudos (Kolcaba, 2003; Tuton & Seers, 2004; Apóstolo, 2007) e indutoras de desconforto. O desconforto ambiental constitui um problema no contexto social deste estudo. Entenda-se por condições ambientais as condições do meio, como a luz, o barulho/ruído, o equipamento (mobiliário), a cor, a temperatura e os elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 2003).

De entre as **condições ambientais** que foram experienciadas e referidas como condicionantes do conforto do idoso, o barulho/ruído surge como uma característica ambiental limitadora do mesmo, reconhecida por diferentes actores do contexto (doentes, enfermeiros, médicos e assistentes operacionais) como podemos perceber pelas expressões seguintes *“Conforto ligado ao ambiente... o barulho incomoda, é nesse sentido...”* (E10); *“Há ruído, à noite, de manhã e à tarde! À noite ouve-se mais, porque há mais silêncio. Eu sinto muito (...)! Portanto há que ter alguma sensibilidade (...)”* (EE6); *“O barulho incomoda... (...) é difícil não haver às vezes ruídos... mas tem que se ter cuidado...”* (Id10); *“Às vezes, o que incomoda os doentes, é o ruído durante a noite; porque as salas têm mais que um doente e quando há um doente agitado, isso perturba muito o sono dos outros. É difícil de se contornar, mas acho que se pode ter mais cuidado com isso.”* (M1).

O excesso de barulho/ruído, decorrente do meio interno, relaciona-se, essencialmente, com o fluxo de pessoas, com os equipamentos, com as conversas constantes entre os próprios doentes, com as visitas e com a equipa multidisciplinar, podendo trazer uma série de comprometimentos *“O ruído das visitas. Não conseguimos controlar as visitas, não sei como é que consegue entrar tanta gente!... incomoda os doentes”* (E8). O barulho/ruído pode dificultar o adormecer, ou mesmo, a actividade diária e até causar problemas ao longo do dia ou da noite, proporcionando um despertar inesperado, (Sousa, 2006), *como reconhecem os enfermeiros “O ruído provoca desconforto (...). Verbalizam os doentes, muitas vezes, que não conseguem dormir (...)!”* (EE4); *“Enfermarias partilhadas, um doente que está mais descompensado e acorda outros doentes, portanto, a privação de sono para eles [doentes], eu penso que (...) não deve ser fácil!”* (E3). Pudemos constatar isso durante a observação que realizámos *“Colaborei nos posicionamentos que se realizaram no início do turno da noite. No final, questionei a auxiliar de acção médica que nos acompanhava acerca do barulho realizado: «o barulho desconforta, pois às dez dá-se a volta, muda-se a fralda, tudo bem, o doente acorda. À meia-noite, muda-se a fralda, dá-se de comer, o doente acorda! Às duas, três da manhã...*

a mesma coisa, o doente acorda! Às seis, o doente acorda! O doente não descansa. Nada! Na minha opinião, acho que não descansa. Nada!» (AO)” (DC).

No contexto do nosso estudo, percebemos que existem múltiplos factores intervenientes que provocam barulho/ruído, tais como: aparelhos de aspiração e alarmes (de próteses ventilatórias, monitores de sinais vitais, aparelhos de perfusão de substâncias venosas); e também: o arrastar das cadeiras, a manipulação de objectos, o excesso de conversação, o bater das portas, o movimentar de camas e dos carrinhos de medicação, as actividades diárias das pessoas, principalmente em determinados períodos do dia, entre outros, e que podem levar a que o ruído ultrapasse os níveis considerados aceitáveis. Igualmente no nosso estudo, o médico partilha desta opinião, referindo haver necessidade de dar uma maior atenção a este aspecto, como verificamos pelo excerto que se segue “O ruído da prestação de cuidados durante a noite, também é uma coisa que perturba muito os doentes. E eu já estive internada, e também notei que isso é muito importante. Eu acho que se devia sensibilizar mais as pessoas que trabalham durante a noite, para os cuidados a ter nessa área. Às vezes é difícil, porque os carrinhos, os materiais, tudo isso faz muito ruído, mas quem passa para o outro lado percebe o incómodo que isso causa.” (M1).

Foi, da mesma forma, reconhecido pelos doentes idosos, que o barulho/ruído, durante a noite, interfere no conforto dos mesmos: “(...) não gosto de confusão, barulho, isso incomoda (...) o barulho dos doentes e das pessoas (...) à noite é pior...” (Id1); “O barulho é dos doentes! Começam a chamar, chamar, coitadinhos! É assim!” (Id15); “Barulho, quer dizer, nem sei que dizer (...). Tive o azar de ter um senhor à minha frente, que fez uma barulhice tal, que eu não estou a mentir! Não dormi cinco minutos!” (Id21). Também o barulho/ruído, que é feito no decorrer dos cuidados prestados, é limitativo do conforto, “Mas também entendo que os barulhos, durante a noite, são os barulhos, inerentes a tratar dos doentes que precisam de tratamento e de medicação durante a noite... mas incomoda... são... feitas as coisas mas devia ser com o mínimo de barulho” (Id2).

Nightingale (1859/2005) salienta que os ruídos desnecessários, como qualquer outro tipo de ruído que desperte o doente, de forma repentina, do seu sono, ir-lhe-á provocar um estado de uma maior agitação, podendo agravar a sua situação, pelo que acrescenta, “Uma condição *sine qua non* da boa enfermagem é nunca permitir que um doente seja acordado, intencional ou acidentalmente” (Nightingale, 1859/2005: 66). O ruído, apesar de subjectivo e condicionado pela condição de saúde da pessoa, consiste sempre num som desagradável, identificado como “som indesejável” (Sousa, 2006).

Em contexto hospitalar, onde se encontram pessoas em estado fragilizado e que necessitam de um ambiente favorável à recuperação da saúde, o excesso de ruído interfere

de forma significativa, podendo afectar a recuperação dos doentes, conduzindo à agitação, à ansiedade, à perda da concentração e influenciando a comunicação entre diferentes actores (Sousa, 2006). Para pessoas que apresentam uma perda de audição, como é o caso do idoso, o ruído interfere ainda mais na compreensão e na percepção daquilo que se deseja ouvir. O mesmo autor, no seu trabalho de mestrado, acerca da influência do ruído na comunicação interpessoal, adverte que “O ambiente hospitalar deverá ser propício à recuperação da saúde do doente internado, porém se houver factores que afectem o seu bem-estar como o desconforto acústico (...) o doente poderá aumentar o tempo de internamento ou até mesmo agravar o seu quadro clínico.” (Sousa, 2006: 27).

Almeida (2002) acrescenta que, a privação do sono pode desencadear desorientação e delírios. Hudak & Gallo (1997: 30) referem que “O ruído desnecessário é a mais cruel ausência de cuidados que se pode impor a um indivíduo doente, sendo que o nível elevado de ruído pode desencadear no doente, alterações como: “incapacidade em dormir, sentimentos de medo, desamparo, esquecimento, isolamento, confusão, delírios e ilusões ou alucinações”.

A iluminação também é uma fonte de perturbação para os doentes idosos e, por isso, factor limitativo do estado de conforto, como podemos constatar nas declarações que se seguem *“As luzes são um grande problema aqui! Um grande problema (...), isso é que eu não suporto. Porque acho que, quando vêm aqui tratar dos doentes à meia-noite, depois da gente já estar assim meias a dormir, com que direito, com que direito é que entram aqui, abrem as luzes todas e ainda mais estas? Ainda hoje aconteceu! Ainda hoje aconteceu! E eu pedi tanto! «Ó mulher... feche-me esta luz daqui!» Isso provoca desconforto! É o pior que tem! Pior que tem! São as luzes acesas de noite...”* (Id7).

Também os enfermeiros reconhecem que as luzes acesas, durante a noite, interferem no conforto *“(...) as luzes incomodam, de certeza (...) no turno da noite, que é talvez o mais flagrante, é assim: nós damos a volta à meia-noite e, às vezes prolongamos e acabamos por só sair das salas e apagar as luzes aí por volta das duas da manhã, ou, às vezes, até mais tarde quando acontece alguma coisa. E quer dizer, por volta das seis da manhã já estamos nós novamente a ligar as luzes outra vez e com os carros para a frente e para trás e há muitas pessoas que nos referem que não conseguem dormir praticamente nada por causa disso, (...), há pessoas que (...) acabam por ficar um bocadinho mais, (...) mais facilmente irritáveis.”* (E4).

Contudo, percebemos que, durante a noite, existe uma preocupação dos profissionais em desligar a luz ou diminuir a sua intensidade, recorrendo a focos de presença, *“(...) tantas vezes que nós temos que ir, a meio da noite, ligar as luzes porque um doente precisa, os outros acabam por sofrer um bocadinho! (...) se bem que dá para regular, [as luzes] não é? Dá para acender só uma, na cabeceira do doente... mas mesmo assim incomoda, incomoda!”* (E12); *“As luzes, à noite, fazem tanta confusão! Quantas vezes é que os focos não funcionam (...) as*

luzes ficam desligadas durante a noite, mas quantas vezes é que temos de ir porque alguém chama (...) as luzes que temos são muito fortes! É (...) é desconfortável!” (EE5).

A este propósito e, verificando-se alguma incapacidade em gerir esta limitação de conforto, os doentes intervenientes no nosso estudo relacionam esta fonte de perturbação com atitudes e comportamentos dos actores de cuidados, *“A gente tem de se aguentar a tudo! A gente tem de aguentar as coisas dos outros que incomodem a gente e nos desconfortam! A gente, eu penso assim, a gente para ser respeitado tem de respeitar os outros! E as luzes em demasia às vezes incomodam!” (Id22); “É desconfortável, as luzes acesas (...). Ainda esta noite isso aconteceu; uma médica, para ver uma das minhas companheiras de quarto, achou por bem, embora a enfermeira insistisse com ela para acender só a luz da respectiva doente, achou por bem que havia de acender tudo! Acendeu a luz geral, claro que acordei, pronto! Acordei logo com a conversa entre elas e depois acordei com a questão da luz em si, que me despertou como é óbvio não é? é falta de respeito...” (Id2).* Numa situação observada, pudemos verificar que o enfermeiro respeitou o pedido da doente para apagar as luzes *“A doente idosa deitada na maca, pede ao enfermeiro para apagar a luz do tecto, porque para além de a incomodar, fazia muito calor, Foram apagadas de imediato as luzes. A doente agradeceu ficando aparentemente satisfeita” (DC).*

O respeito “(...) é uma regra fundamental no qual se apoia toda a acção da enfermeira constituindo um preceito moral e um princípio básico fundamental.” (Pinto, 2003: 56), por isso deve estar na origem de qualquer relacionamento e constituir uma regra base na acção do cuidar profissional. Nunes (2011: 42) defende que a dignidade humana é, “(...) a sede dos valores sociais que todos partilhamos” e acrescenta que o respeito é “(...) o princípio lapidar” (Nunes, 2011: 42), um valor, uma dimensão moral, uma atitude que se manifesta por comportamentos. Como um processo essencialmente humano baseado em valores fundamentais, o respeito traduz-se por palavras e actos, ou seja, por comportamentos, constituindo a base fundamental da relação entre as pessoas (Kant, 2001; Watson, 2002a). A pessoa, sendo única, é portadora de uma dignidade que lhe é própria. No pressuposto de que toda a pessoa, pela sua dignidade, é digna de respeito, respeitar o doente idoso na sua totalidade de ser único, é atender à sua dignidade como princípio ético “à priori” a toda a acção de cuidar (Kant, 2001). Cuidar implica o respeito pela pessoa em todas as suas vertentes (Watson, 1985). Segundo a Carta dos Direitos dos Doentes Internados “Todos os incómodos devem ser reduzidos ao mínimo, nomeadamente, nas horas de repouso ou de sono. A intensidade da luz deverá ser tida em consideração.” (DGS, 2011:3).

No decorrer da nossa observação pudemos, igualmente, constatar a existência de macas e perceber a percepção que o idoso tem do facto de estar deitado numa maca *“O idoso, deitado na maca no corredor, chama o enfermeiro e pede-lhe que precisa de se deitar numa*

cama, porque se sentia mal, com dores e não tinha posição para estar! Foi explicado pelo enfermeiro que logo que possível, quando surgisse uma vaga, passaria para a cama” (DC). Questionado o doente acerca desta percepção, este referiu “(...) como não havia camas tive de ficar aqui no corredor numa maca... é um bocado desconfortável, para além de não ter descansado nada, fiquei com dores no corpo... O colchão, e a maca... são desconfortáveis” (Id14). Este aspecto é igualmente referido por um dos médicos “Os nossos colchões são revestidos a plástico, como sabe, por razões de higiene e os lençóis não isolam completamente o calor! Há doentes que estão internados mais tempo, com situações crónicas em que eu, às vezes, peço à família para trazerem um turco, para isolarem um pouco os doentes do colchão, porque é um incómodo muito grande. (...) o próprio calor faz transpirar e provoca irritações na pele nos doentes, sobretudo nos doentes que estão internados mais tempo.” (M1). Quer os idosos quer os enfermeiros salientam a existência de macas como factor limitativo do estado de conforto, como podemos ver nas declarações significativas de ambos os intervenientes, “Deviam abolir-se as macas! Por tudo! Não há conforto possível numa maca. Nem nos posicionamentos, o colchão, a própria maca é desagradável, tanto para o doente como para nós, profissionais! É horrível trabalhar e cuidar numa maca! Não há privacidade nenhuma! Embora se tente com biombos, mas enfim! Um biombo é um biombo, e depois o próprio doente, ele não está seguro numa maca, a maca desliza.” (E10); “Esta maca não é confortável, não se tem posição para estar. Era muito bom que pudesse ir para uma cama.” (Id3).

A par da situação de doença crónica, geradora de um sentimento de ameaça que leva o idoso a estar mais dependente dos outros, a hospitalização tende a ser desagradável para o mesmo, uma vez que exige mudanças nos seus hábitos de vida, sobretudo no cumprimento das regras sociais de satisfação das suas necessidades básicas; tal como nos foi possível constatar “Doente em maca no corredor, o familiar questionou o enfermeiro acerca do tempo que ainda teria que ficar deitado na maca, pois esta era muito desconfortável para a sua mãe e limitava a sua higiene.” (DC). Esta condição agrava-se pelo facto de permanecer confinado ao leito, numa imobilidade forçada e, reforça este sentimento de dependência ao circunscrever o corpo a um espaço limitado, concretamente pela falta de comodidade existente, o que leva à diminuição do estado de conforto.

Também as condições térmicas (climatização), concretamente a temperatura desadequada, surge como um aspecto desfavorável no contexto do estudo, sendo o mesmo referido apenas pelos enfermeiros: “Nós queríamos (...) alterar um bocadinho o ambiente de maneira que o doente fique mais confortável (...) os aquecedores não funcionam (...), no Verão é impossível, por exemplo naquelas salas ali do fundo, os doentes estarem sequer com a camisa vestida. Nós queremos vestir a camisa, porque como é óbvio não os queremos deixar nus, não é, e, mas muitos deles pedem mesmo porque querem tirar a camisa porque está muito calor.” (E9); “Em termos de calor, por exemplo, não temos ar condicionado aqui no Verão...causa desconforto” (E8); “Em termos de estrutura física e de dinâmica, (...) há salas que são pequeninas e depois, no Verão,

tornam-se muito quentes. Não temos arrefecimento nas salas, os doentes estão suados, estão desconfortáveis” (E2). Um estudo realizado por investigadores do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), concluiu que, nos hospitais sem ar condicionado, o número de mortes por excesso de calor em pessoas internadas com mais de 45 anos, pode aumentar (INSA, 2012).

Em termos de condições físicas do serviço, um dos enfermeiros considera que a inexistência de um espaço de privacidade para conversar com o doente, é desfavorável, pondo em causa a privacidade do mesmo: *“Em termos de estrutura física, penso que nos falta um espaço onde a gente possa estar com o doente, não temos. Um espaço de privacidade; porque as salas são salas mistas com quatro doentes em que, se precisamos de algum momento de privacidade para tentarmos perceber o que se passa com o doente, nós não o temos. Ou nas salas, ou no corredor, não temos um espaço físico adequado onde possamos... conversar (...) era uma mais-valia... haver um espaço isolado dos outros doentes... para conversarmos [com os doentes]” (EE2).* A falta de privacidade é originada pela proximidade das unidades de cada doente. Os enfermeiros reconhecem que o espaço é pouco e que os idosos estão próximos demais, o que dificulta a conversa mais íntima, mesmo que se procure falar num tom de voz mais baixo. Relativamente a esta condição percebemos que os idosos não a referem como limitativa, *“Aqui estamos à vontade para falarmos das nossas vidas e expor os nossos problemas. Os meus problemas não têm segredos e se precisar de qualquer coisa ponho o meu problema aqui em privado.” (Id22).*

O ambiente deve ser considerado um processo colaborativo do estado de conforto. A humanização do ambiente físico hospitalar, não só contribui para o processo terapêutico do doente, como também para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos actores de cuidados envolvidos. O conforto ambiental tem uma grande influência no conforto físico e pode ser manipulado pelos enfermeiros, com vista a aumentar o conforto dos idosos (Kolcaba, 2003). De entre as condições ambientais, os aspectos referidos anteriormente, confirmam os dados de alguns estudos realizados nos quais, factores como, a luz apropriada, a temperatura adequada, a eliminação do ruído e a comodidade da cama, se constituem como fundamentais para o conforto holístico da pessoa (Hamilton, 1989; Panno, Kolcaba, & Holder, 2000; Kolcaba, 2003, 2009; Tutton & Seers, 2004; Apóstolo, 2007; Prochet & Silva, 2008).

Outro aspecto referido como limitador do conforto foi a **qualidade da alimentação: alimentação mal confeccionada/mal apresentada**, tal como podemos constatar nas várias asserções significativas dos idosos intervenientes no estudo: *“É uma coisa que realmente me desagrada, se é que posso chamar desagrado, é a alimentação! (...) É pouco cuidada, não vai de encontro aos gostos do doente.” (Id2); “(...) a comida... é que não presta para nada!” (Id5); “A refeição é abaixo de zero! Mal confeccionada, produtos duvidosos! Uma série de coisas. Hoje era peixe e não-*

sei-quê! Uma sopa de legumes que era um líquido com umas coisas a boiar (...). É péssimo, péssimo, péssimo, péssimo! Comi num tabuleiro ... com mesma colher, tive de comer a sopa, o prato e o doce!” (Id21); “Se o almoço fosse bom? [O almoço] é insossinho coitadinho! O pior é a refeição!” (Id15); “É a segunda ou terceira vez que estou cá internado e já me tinha esquecido que o comer era tão mau, tão mau, tão mau!” (Id3).

A qualidade da alimentação é um aspecto que interfere, de forma negativa, no estado de conforto do idoso crónico, como podemos constatar através da observação realizada: *“Enquanto olhava pela janela, assisto ao diálogo entre dois doentes idosos que aguardavam pela vinda do almoço. Dois deles sentados nas cadeiras e um no cadeirão, vão conversando sobre a alimentação do hospital. Um deles afirma: «Hoje tenho fome, mas é sempre a mesma coisa!» Um outro doente acrescenta: «Se ainda fosse só esse o problema... mas não presta para nada.» Intervi, em seguida, perguntando: «Como acham que se podia melhorar esta situação da alimentação?» Um dos doentes respondeu: «Ó Senhora enfermeira, não há nada a fazer... tem a ver com o hospital!» Fez-se algum silêncio e em seguida chega a alimentação. Afastei-me enquanto os doentes ficaram a almoçar.” (DC).* Na opinião dos enfermeiros e assistentes operacionais, a qualidade da alimentação contribui para uma diminuição do estado de conforto do doente, como é evidenciado pelas asserções: *“A dieta... os doentes queixam-se frequentemente da dieta, também acho que é um aspecto que provoca desconforto, (...) os momentos das refeições acabam sempre por ser momentos de tristeza e desconforto porque os doentes raramente gostam da dieta que lhes é proposta.” (E5); “(...) se eu estivesse internada, muitas vezes não comia! (...) repetem muitas vezes a mesma comida! O problema é da cozinha! Lá de baixo! Mas não sei, os doentes queixam-se!” (AO1).*

Nos idosos, a perda de apetite parece estar relacionada com a combinação de factores fisiológicos e comportamentais (Azeredo, 2011). O processo de envelhecimento é acompanhado de variadíssimas alterações que interferem na alimentação e na nutrição dos idosos, tais como: boca seca, perda de apetite, alterações do olfacto e paladar, perda de dentes, queixas de desconforto abdominal, digestão mais lenta e difícil, tendência para a formação de flatulência, ocorrência de obstipação, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, hipercolesterolemia, entre outras, (Sousa & Araújo in Ribeiro & Paúl, 2011). As necessidades nutricionais diferem de pessoa para pessoa, sendo fundamental que a alimentação seja ajustada em função das necessidades individuais. Tendo em conta a especificidade desta fase da vida e a condição de saúde e doença do idoso, a dieta deve ser adequada ao estado nutricional do mesmo, às suas doenças pré-existentes e aos seus hábitos alimentares, na medida em que os idosos correm um risco elevado de desnutrição (Sousa & Araújo in Ribeiro & Paúl, 2011). Sabemos que os idosos têm frequentemente perda de apetite, tornando-se fundamental manter uma alimentação equilibrada, variada, completa e agradável ao paladar (Sousa & Araújo in Ribeiro & Paúl, 2011). Verifica-se

assim, a necessidade de respeitar os gostos, as preferências e os hábitos dos referenciados.

Pelo exposto, a alimentação, como uma necessidade básica, constitui-se importante para a promoção do conforto dos doentes. Em situação de hospitalização, a interacção entre as variáveis individuais e as variáveis ambientais vai, de certa forma, influenciar a vontade e a apetência para a alimentação. No contexto do estudo, tendo em conta a prescrição da dieta adequada a cada situação, os doentes são visitados pela dietista em dias alternados, a qual procura saber as preferências em termos de escolhas (peixe ou carne, doce ou fruta). No entanto a confecção e a apresentação da alimentação é referida como pouco desejosa e aliciante “(...) *aquecer a comida dentro do alumínio, que é no fundo o recipiente onde a comida vem, é bastante desagradável. Posso dizer-lhe que, inclusivamente, a parte do plástico que cobre a tampa do alumínio acaba por cair sobre a comida, o que não é nada agradável e a comida fica extremamente seca e mal apresentada (...)*” (Id2). Também, o ambiente da refeição tem influência na adesão à alimentação. Os idosos, sempre que possível, deslocavam-se à sala de refeições para poderem ter a companhia uns dos outros. Este aspecto evidencia-se como favorável, pois a partilha do momento da refeição promove um ambiente aprazível, podendo fazer toda a diferença (Sousa & Araújo in Ribeiro & Paúl, 2011).

A ausência de actividades de lazer, concretamente a inexistência de televisão nas salas de enfermaria, o jogar cartas e conversar, foi referido como uma condição de desconforto apenas por dois doentes, como podemos constatar: “*Como não posso sair da cama, se houvesse aqui uma televisão podia estar mais entretida e o tempo passava mais depressa, pois não dá para conversar nem fazer mais nada (...)*” (Id2); “*Podíamos estar mais distraídos se jogássemos umas cartadas...*” (Id22). A este propósito, um enfermeiro salienta “*é um foco de desconforto e de tédio não haver televisão nem haver nenhuma maneira de eles, [os doentes] se distraírem nas enfermarias (...)*” (E5). Durante a hospitalização, os idosos dispõem de bastante tempo livre. Pudemos constatar que, durante o dia, existiam grandes intervalos de tempo entre os períodos atribuídos aos cuidados, durante os quais os idosos ficavam circunscritos à sua cama, ao espaço destinado ao cadeirão, simplesmente sentados a olhar para o vazio. Parece-nos importante, procurar respostas organizadas e inovadoras para colmatar esta situação, ou seja, proporcionar formas de distracção/recreação, promotoras de conforto psicoespiritual e sociocultural (Kolcaba, 2003).

Constatámos que os idosos internados sentiam necessidade de conversar sobre si, sobre a família que tiveram ou que ainda têm, sobre a sua actividade profissional anterior ou sobre outros assuntos que os preocupavam naquele momento; por isso, muitas vezes adoptámos “tão-somente” essa atitude de escuta activa. Não foram necessárias grandes programações ou jogos! O preenchimento deste período com actividades de lazer

contribuirá para que a hospitalização seja causadora de menos sofrimento. São várias as finalidades do lazer: a distração, o descanso, a diminuição do stress, a renovação de energia e a recreação, pelo que as actividades referenciadas constituem uma intervenção capaz de promover o conforto dos doentes, tal como se comprova no estudo de Jannuzzi & Cintra, (2006) realizado com idosos hospitalizados. Neste estudo, destaca-se como actividades promotoras de conforto: a conversa, o ver televisão, o jogar às cartas e a visita de familiares e amigos. As actividades de lazer surgem como uma forma de minimizar os efeitos indesejáveis da hospitalização e, por isso, como benéficas para a saúde, contribuindo desta forma para o aumento do bem-estar e do conforto.

Sabendo que a hospitalização provoca alterações significativas na vida dos idosos, devido a factores como: o ambiente familiar, alterações das rotinas do dia-a-dia, perda da capacidade funcional, entre outros, sugere-se a importância da implementação de actividades comuns utilizadas pelos idosos no domicílio, com a finalidade de serem facilitadoras do conforto do doente hospitalizado, (Jannuzzi & Cintra, 2006). Segundo Osório & Pinto (2007), são vários os trabalhos de investigação que evidenciam as actividades de lazer como importantes no desenvolvimento de competências de interacção social, nomeadamente, no melhoramento das capacidades físicas e psíquicas, promovendo um efeito positivo no grau de satisfação, de bem-estar e de conforto dos idosos.

O rácio percebido como baixo/tempo no cuidado constitui, para os enfermeiros, um factor contextual limitador da prática do conforto ao doente, tal como é referido: *“O rácio enfermeiro/doente nas noites é muito pouco! Dois enfermeiros para quinze doentes, sensivelmente! É muito pouco! Basicamente, é administração terapêutica e cuidar dos doentes que entram. Nós cuidamos dos outros mas não, não em todas as vertentes, porque é impossível! E os doentes entrados, tentamos o máximo mas por vezes falha, porque é muito pouco, porque é um rácio de quinze doentes para um enfermeiro. Entre treze e quinze, na maior parte das vezes.”* (EE4); *“Somos só dois enfermeiros [no turno da noite] e isso é muito pouco! Vinte e uma camas (...) é muito pouco muito pouco! É complicado! É procuramos fazer o melhor...!”* (E8).

Para os enfermeiros, promover cuidados de enfermagem de qualidade aos idosos é considerado “relevante”; no entanto, a falta de tempo é motivo para que, muitas vezes, isso não aconteça: *“(...) o importante é prestarmos bons cuidados de enfermagem, mas para isso, é necessário mais tempo. Nós, por vezes, não temos muito tempo para estar junto do doente e proporcionar tudo o que o doente precisa (...) eram precisos mais enfermeiros, (...) quer na manhã, quer na tarde, quer na noite.”* (E12). A qualidade é entendida como o melhor possível e o desejável para os doentes idosos, indo ao encontro das necessidades e desejos dos mesmos, conseguindo assim atingir o estado de conforto e de satisfação com os cuidados

que lhes são prestados *“Prestar cuidados de qualidade, é ter em conta os aspectos relacionados com o conforto e, o doente sentir-se satisfeito e confortável.”* (EE2). Todos os enfermeiros reconhecem o tempo como um recurso determinante para os cuidados necessários à pessoa, referindo que é a falta de tempo no cuidado que os impede de poder dar resposta às necessidades globais *“(...) recebemos muitas macas e é muito complicado mesmo. É sempre tudo muito a correr, tudo muito contado, falta tempo para os doentes... na minha opinião!”* (E3).

A preocupação de orientar o cuidar para o que é o projecto de vida da pessoa vem de encontro aos dados do estudo de Gomes (2009), surgindo aquela como condição fundamental na construção do processo de parceria entre o enfermeiro e o doente idoso. Os enfermeiros tinham, na equipa, face às rotinas a cumprir, autonomia para diferenciar as situações em que deviam agir com rapidez ou destreza, fazendo assim uma gestão autónoma do tempo. Em situações de doença crónica e progressiva, a pessoa pode tornar-se mais frágil, sendo evidente a necessidade de cuidados que procurem manter a autonomia, de modo a estimular as suas capacidades para uma participação activa na sua própria independência: *“No caso dos nossos doentes idosos, a maioria, como sabe, tem doenças crónicas, são reinternamentos e alguns prolongados... é importante que as intervenções a realizar sejam encaminhadas para satisfazer as necessidades a todos os níveis, e manter a autonomia... só assim prestamos cuidados de qualidade que procurem o bem-estar e o conforto”* (EE4). Os enfermeiros reconhecem que os idosos são mais dependentes e/ou mais lentos na realização de actividades funcionais *“(...) os idosos são pessoas muito mais dependentes, quer a nível físico quer a nível (...) emocional (...) por isso precisam mais do nosso tempo”* (E1).

Para os enfermeiros, ser uma pessoa idosa internada significa “necessitar de ajuda”, mais especificamente, precisar da execução de técnicas e necessitar de apoio. Collière (1989) afirma que os cuidados prestados ao indivíduo doente, de acordo com a sua natureza, podem ser: cuidados quotidianos e habituais, os quais se referem aos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade de vida (alimentação, conforto físico e psíquico, afecto, entre outros); e cuidados de reparação, ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo e entrave à vida (doença).

As actividades que os enfermeiros desenvolvem nos diferentes turnos, junto dos idosos, são de natureza diversa (cuidados de higiene, posicionamentos, terapêutica, pensos, registos de enfermagem, acompanhamento, entre outras). O momento privilegiado de interacção acontece durante as actividades de rotina, com a prestação de cuidados técnico-instrumentais. Verifica-se uma simultaneidade de acontecimentos, (dado que as enfermarias têm quatro camas), havendo intervenções e pedidos dos doentes que ocorrem ao mesmo tempo. Os enfermeiros advogam, no entanto, que a falta de tempo faz com que,

durante a execução das técnicas, tenham uma maior preocupação com a componente humana, tornando-a mais expressiva, possibilitando uma maior dedicação, a fim de promover uma relação de cuidados mais humanizada: *"Como o tempo não nos chega para tudo, procuramos a expressão humana de ajuda durante as actividades que realizamos"* (EE3).

É evidente, no dia-a-dia, a existência de doentes independentes com necessidade de ajuda ou dependentes no desempenho das suas actividades, situações resultantes do declínio funcional em consequência do agravamento da situação de doença ou de outros factores, como a polimedicação, o ambiente inadaptado, a alimentação deficitária. Apesar de percebermos o esforço desenvolvido para atender às necessidades reais dos doentes idosos, os enfermeiros referem que, em determinados turnos, o ritmo é demasiado exigente para realizar as actividades e para que as possam terminar em tempo útil. Os enfermeiros consideram que nem sempre lhes é possível olhar para a globalidade das necessidades de cada doente e, por isso, para a totalidade da pessoa. Esta situação concorre para que o doente idoso seja encarado como "corpo-objecto", "um corpo doente" e, não como "corpo-sujeito", dirigindo-se os cuidados para as necessidades físicas, o que faz com que se ofereçam cuidados do ponto de vista técnico sem prestar atenção na globalidade à pessoa, o que para além de constituir uma negação do respeito que lhe assiste, é prova de insuficiência na prestação de cuidados de qualidade.

O rácio enfermeiro/idoso percepcionado como baixo, parece constituir uma dificuldade dos enfermeiros na promoção dos cuidados de conforto, estando associada essa dificuldade ao tempo disponível no cuidado: *"Há sempre um bom esforço para que tudo seja da melhor forma durante os turnos, mas nós reparamos perfeitamente que, nos turnos em que somos menos, as coisas se calhar não são bem como nós queremos e não podemos estar tanto tempo com aquele doente, porque temos que ser mais rápidos, (...) e o doente pode ter menos atenção"* (E2). A satisfação nem sempre é alcançada quando o cuidado não atinge a qualidade desejada e os níveis pretendidos, por falta de recursos humanos (Costa, 2005, 2006, Mateus, 2005; Vaz, 2008). A nossa observação evidencia a preocupação dos enfermeiros com o tempo no cuidado, relativamente à comunicação com o doente idoso crónico, como podemos ver no registo que se segue: *"Estamos no turno da tarde. Converso com o sr. J. O enfermeiro e o assistente operacional posicionam outro doente que se encontra muito agitado. Entretanto, há necessidade do assistente operacional se ausentar. Ofereço-me para ajudar. O enfermeiro responde-me: «obrigada, não é preciso... ela já volta. Continue a falar com os doentes, pois eles precisam muito disso e nós nem sempre temos tempo»"* (DC).

Decorrente da nossa observação, percebemos que, muitas vezes, as condições de tempo/exigência se relacionam com a imprevisibilidade da situação *"Entrei na sala 8 e o*

enfermeiro acabava de dar a medicação ao doente que estava sentado no cadeirão e falava com este. Antes de sair, o doente perguntou-lhe se o podia já deitar pois estava cansado. O enfermeiro respondeu: «sim, venho já ter consigo» Saiu da sala. Aproximei-me do doente que de imediato me disse: «Sabe, senhora enfermeira, eles aqui andam sempre atarefados... o tempo não lhes chega para tudo, mas são incassáveis.» O enfermeiro entrou de imediato. Colaborei no posicionamento...» (DC).

Parece haver condicionantes do processo de conforto que provocam alguma tensão na operacionalização da enfermagem centrada na individualização da pessoa (Kolcaba, 2003; McCormack, 2004). Estes achados corroboram com o estudo exploratório de Carvalhais & Sousa, (2011) que procurou identificar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes idosos em contexto de internamento hospitalar, bem como compreender melhor as dificuldades/obstáculos dos enfermeiros na promoção de uma relação de cuidados mais expressivos, recorrendo a três enfermeiros (informantes privilegiados) com experiência em cuidados a pessoas idosas, em contexto hospitalar.

As principais conclusões sugerem “que a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas envolve mais trabalho e decisão em equipa multidisciplinar, mais recursos materiais e humanos e melhores condições físicas.” (Carvalhais & Sousa, 2011: 75). Os enfermeiros envolvidos nesse estudo, ao definirem o cuidado em enfermagem, “(...) elegeram a fotografia que representa uma mão, pois entendem que envolve *dar conforto, carinho e disponibilizar tempo*.” (Carvalhais & Sousa, 2011: 79). Os mesmos consideram que o cansaço e a falta de tempo acabam por levar a uma menor humanização dos cuidados (“há muitas rotinas”) (Carvalhais & Sousa, 2011).

A investigação sugere que a qualidade dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas pode ser comprometida, se os enfermeiros prestarem os cuidados de forma mais apressada, dispondo de menos tempo para o cuidado, havendo assim uma atenção direccionada mais para os cuidados técnicos e cumprimento de rotinas, ficando os cuidados de conforto seriamente comprometidos (Veiga, 2007; Sapeta, 2011; Oliveira, 2011).

Em jeito de síntese global, trata-se de um contexto de prestação de cuidados, onde o sentido ou propósito – a orientação dos cuidados de enfermagem promotores de conforto - é desafiado pela imprevisibilidade das circunstâncias do idoso, em torno da satisfação de múltiplas necessidades humanas e dos recursos para os cuidados. Decorrente dos internamentos prolongados e reincidentes do idoso – que caracterizam este contexto de cuidados – os enfermeiros reconhecem que as pessoas idosas são doentes, e que, pela sua dependência e fragilidade, requerem mais tempo de cuidados de enfermagem para que se possa responder, em tempo útil e de forma individualizada e humanizada, às necessidades

de cada idoso. A compreensão e o conhecimento do idoso e a combinação de valores humanísticos e científicos suportam o processo de cuidar geriátrico, constituindo-se este como resposta às necessidades reais e globais do doente idoso, na procura da concretização do seu projecto de saúde.

1.2. CONTEXTO DOS ACTORES EM PRESENÇA

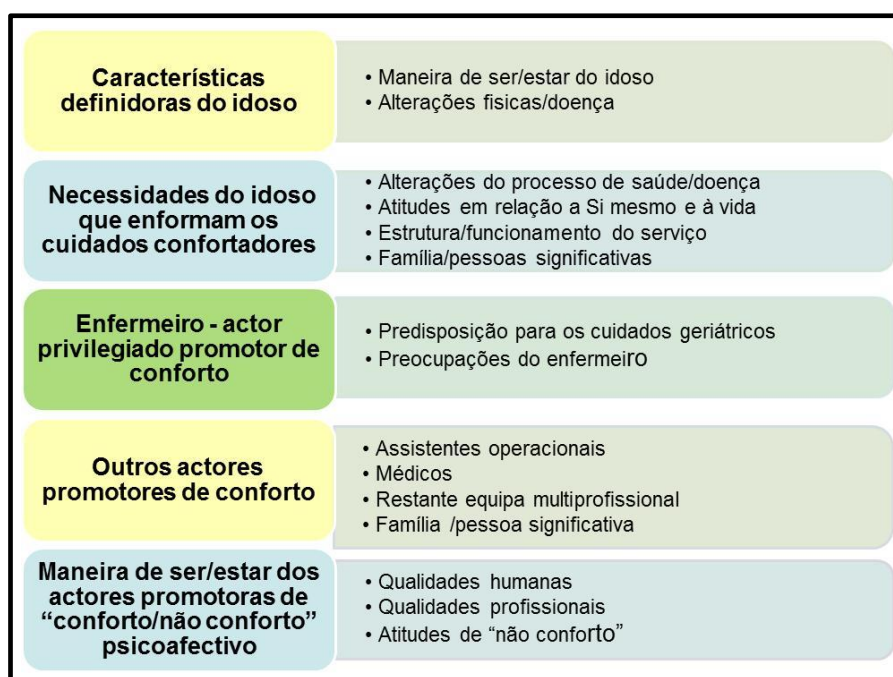
O contexto dos actores em presença surge como um tema cultural estruturante deste estudo. Os actores estão inseridos num contexto social que exerce influência sobre os próprios e o qual os actores também influenciam, em alguma medida. A pessoa, como ser bio-psicosocial, é perspectivada em interacção com o meio, em permanente mudança e adaptação (Kérouac, et al., 1996). Assim, os contextos, enquanto ambiente e unidade social, influenciam e são influenciados pela subjectividade e individualidade de cada actor e articulam-se dando expressão à singularidade de um colectivo. As características individuais dos actores em presença (o doente e a sua família, os enfermeiros, os médicos, os assistentes operacionais, entre outros), não poderão expressar-se de forma isolada. Projectam-se no todo da organização concretamente na unidade social do estudo – serviço de medicina – através da forma como cada um se posiciona em relação a si e ao mundo. Os papéis dos vários actores contextualizam-se pela características que os definem e surgem como um “(...) conjunto organizado de condutas que só tem sentido quando contextualizado numa relação concreta (...)” (Costa & Jurado, 2006: 44).

É a perspectiva cultural, que entende o clima como um sistema padronizado de significados revelados pelas diversas formas e manifestações, que possibilita a interacção entre os indivíduos e cria formas de vida em comum (Serrano, 2008). Este facto transporta-nos para uma abordagem a partir do todo e não das partes, assente na relação entre os actores e o contexto e com impacto na maneira como são vivenciados os próprios contextos. A cultura, como matriz orientadora, articula diferentes dimensões – simbólicas e práticas socioculturais – criando, atribuindo e reproduzindo significados e sentidos ao “mundo vivido” (Abreu, 2008).

O processo de cuidados geriátricos é enformado pelo comportamento das pessoas dentro da unidade social. O comportamento, sendo complexo, constitui a expressão da acção e é orientado por objectivos pessoais, por desejos, por necessidades, por preocupações e por sentimentos, resultado quer de factores internos – características de

personalidade e de factores motivacionais intrínsecos, percepção dos múltiplos ambientes, atitudes, emoções, valores – quer de factores externos – ambiente organizacional, social, coesão grupal, entre outros. O conjunto de características definidoras marcantes da personalidade traduz, assim, os padrões e formas de pensar e sentir, agir e estar, de cada actor (Collière, 2003), e constituem-se como eixos estruturantes da caracterização do contexto, dando sentido ao fenómeno. Como resultado da individualidade pessoal e social de cada um, as características definidoras apresentam-se como uma organização interna e dinâmica de diferentes maneiras ser/estar – comportamentos, pensamentos e emoções. Os cinco domínios que apresentamos no diagrama 11 têm como finalidade ajudar a compreender como são estruturantes do contexto confortador.

Diagrama 11 – Contexto dos actores: Domínios e categorias



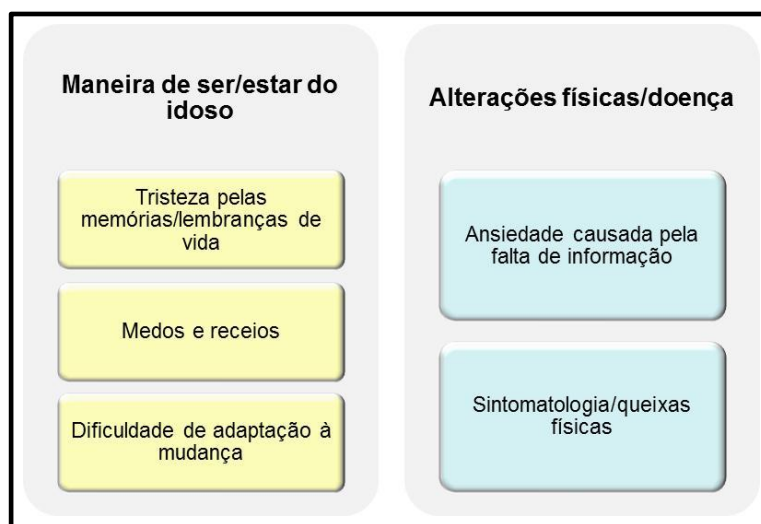
Consideramos assim o serviço de medicina como uma unidade social, uma micro-cultura, onde existe um colectivo em interacção, mediante a construção subjectiva dos diferentes actores e pela interacção de vida diária e de significados partilhados intersubjectivamente.

1.2.1. Características definidoras do idoso que interferem na vivência confortadora

A singularidade e a individualidade constituem a originalidade própria de cada pessoa, podendo as experiências anteriores condicionar o modo como os idosos perspectivam ou vivenciam a experiência da hospitalização. **As características definidoras**

do idoso que interferem na vivência confortadora emergem como um domínio cultural orientador da acção de conforto, na medida em que traduzem pontos de vista, opiniões, preocupações e experiências pessoais dos doentes idosos (Morrison, 2001), os quais vivenciam a situação de hospitalização em condição de doença crónica, tal como espelha o diagrama 12:

Diagrama 12 – Características definidoras do idoso: Categorias e subcategorias



O conceito de vivência é vago e abrangente, podendo ser utilizado em vários contextos. Para Morrison (2001: 32), “a vivência é o mundo da experiência vivida”. Relaciona-se com a percepção individual da própria presença no mundo, no momento em que se constituem as coisas, as verdades ou os valores (Morse, 2001). As experiências vividas dão sentido e significado à percepção de cada pessoa em relação a um determinado fenómeno. A hospitalização, para os idosos inseridos neste contexto social, constitui mais uma passagem pelo hospital, sendo encarada, muitas vezes, como “mais uma visita” ao serviço habitual. Os internamentos de repetição da grande maioria dos doentes fazem com que os processos a que estão sujeitos não constituam motivos de surpresa já que, se apresentam de alguma forma conhecidos. Conhecer para compreender é fundamental, como já referido. Parece-nos ser claro haver a necessidade de os enfermeiros compreenderem o doente idoso, com vista a uma melhor compreensão do fenómeno do conforto do mesmo.

Procurando aceder ao mundo subjectivo e interior dos significados pessoais, os dados fizeram emergir duas categorias centrais definidoras do domínio inerente às **características definidoras do idoso que interferem na vivência confortadora** e que se relacionam com a *maneira de ser/estar do idoso* e com as *alterações físicas/doença*, com importância significativa na interferência do estado de conforto do doente idoso crónico. A

maneira de ser/estar do idoso, fruto da experiência e reacção ligada à doença e hospitalização, interfere no conforto do mesmo e relaciona-se com **a tristeza gerada pelas memórias/lembranças da situação de vida**: “[Estou] Triste! (...) tenho aqui uma coisa que me dá assim uma tristeza! Ao lembrar-me da minha vida, do meu marido (...). Olhe, eu tenho ocasiões que parece assim que alivia, mas quando me lembro fica tudo escuro! (...) e estou aqui de novo no hospital... (...) fico triste (...) são as nossas lembranças que nos causam desconforto” (Id15); “O que me torna assim [desconfortável] mais são os pensamentos! Penso no meu marido, com quem estive cinquenta e oito anos casada! (...) lembro-me dele e fico logo incomodada. Ponho-me a pensar na minha vida e sofro muito por estar aqui.” (Id 15). A tristeza conduz à perda de energia e é resultado da adaptação a perdas significativas, como a morte de alguém querido ou um grande desapontamento, conduzindo a uma perda de entusiasmo pelas actividades da vida (Diogo, 2006, 2012). Considerando a existência de experiências que, de alguma forma, são particulares e específicas, poder-se-á admitir o aparecimento de um quadro de sentimentos e emoções que poderão ser comuns, em função das diferentes causas e/ou particularidades da pessoa (Gameiro, 1999). Os conceitos de sentimento e emoções surgem habitualmente com significações semelhantes. Embora não se possa observar um sentimento, na medida em que se relaciona com um estado interior, ou seja, com a experiência íntima de alguém, observamos o seu efeito (Diogo, 2006). A emoção veicula assim uma carga mais objectiva.

O sofrimento na doença constitui sempre uma ameaça real ou imaginária à integridade da pessoa, porque a recorda da sua fragilidade e a confronta com a ideia da morte. **Os medos/receios** percebidos pelos próprios doentes evidenciam-se nestas declarações significativas: “Tenho muito medo, do que me pode acontecer... é muito difícil de suportar este sentimento... só Deus sabe o que sofro” (Id 7); “Esta situação de doença assusta-me... estou preocupado (...) e estar aqui não é bom!” (Id13). Também o enfermeiro reconhece o idoso como uma pessoa marcada pelo sofrimento, sendo sensível a esta questão: “O doente idoso tem muito sofrimento... pela doença, pela alterações, sintomas, dependência...para não falar da própria hospitalização”(EE3). e atribui importância aos medos/receios percebidos pelos doentes e que interferem no estado de conforto dos mesmos:“(...) os medos dos doentes, como eles nos dizem, é muitas vezes o medo da morte (...)sobretudo, verifica-se mais nos doentes cardíacos ou nos doentes oncológicos, que têm a percepção que estão a chegar ao fim... esse medo não os deixa descansar, (...). Tem a ver com os próprios receios deles e, sobretudo, o medo da morte.” (EE4). Pudemos igualmente perceber, no decorrer da nossa observação, que os principais medos/receios e preocupações estão relacionados com a situação de doença e de tratamentos. O estudo permitiu-nos notar esta preocupação, através de comportamentos verbais e não verbais reveladores de sentimentos/emoções e manifestações físicas: “Observava a interacção entre o enfermeiro e doente, durante a rotina matinal (cuidados de higiene). O enfermeiro procurava perceber as preocupações do doente, conversava acerca da sua situação de doença. O doente dizia: " Sabe, senhor enfermeiro, tenho muito medo do que me possa vir a

acontecer...fico muito preocupado e, isso incomoda-me muito, (olhar inquieto, apreensivo)!" (DC). Qualquer situação de cuidados tem sempre, um enquadramento social e antropológico, e por isso importa compreender o contexto em que a mesma tem lugar (Collière, 2003): *"Acompanho o enfermeiro. Entramos na sala/enfermaria 7. O doente chama o enfermeiro e este aproxima-se da beira da cama: "Precisa de alguma coisa?" pergunta o enfermeiro. O doente responde "Estou muito preocupado com a minha situação. Tenho muito medo que tenha que fazer outro acesso! (Franze a testa e apoia o rosto na mão frente à boca) Era a última coisa que queria que me acontecesse..." O enfermeiro procurou tranquilizar o doente." (DC).*

A investigação demonstra que, enfrentar uma hospitalização causa sofrimento e desconforto, pelas particularidades que a própria situação implica (Cardoso, 2000; Robinson & Benton, 2002; Wilson, 2002; Street, 2004; Costa, 2006; Viegas, 2006; Dutra, 2009; Ávila, 2009; Carvalhais & Sousa, 2011; Costa, 2011; Oliveira, 2008, 2011). Goleman (2001: 186) adianta que "(...) na terra dos doentes as emoções reinam como soberanas; o medo está só a um pensamento de distância". A experiência da condição crónica requer adaptações especiais. Aceitar os constrangimentos e as limitações que a doença e a hospitalização impõem faz com que se verifique uma ameaça à integridade e uma verdadeira e permanente fragilidade (Ribeiro, 2008). A vivência de um profundo mal-estar e desconforto é relatada pelos doentes, como podemos perceber *"Estar aqui (...) causa sofrimento, mal-estar e muito desconforto por tudo o que vai ter que ser alterado nas nossas vidas...não há nada como estarmos em casa!" (Id10); "Não é o segundo... é o terceiro [internamento]... Dói muito, dói! O internamento é um sofrimento. Vamos lá a ver se a situação fica resolvida! Temos de ter muita esperança..." (Id11).* O internamento é uma experiência significativa para o doente idoso, que se faz acompanhar por um conjunto de factores de stress e de privações (Morrison, 2001), estando relacionado com a dor, o desconforto, o cansaço, o risco de alterações, a separação da família e dos amigos, a dependência de outros para o bem-estar o qual exige um processo de adaptação, (Cardoso, 2000; Morrison, 2001; Wilson, 2002; Tutton & Seers, 2004; Cabete, 2005; Costa, 2006; Carvalhais & Sousa, 2011; Costa, 2011; Oliveira, 2008, 2011).

A dificuldade de adaptação à mudança justifica a causa de sofrimento e, por isso, de desconforto do idoso *"Já não estava em condições de estar em casa! Sentia-me mal. Precisava mesmo de vir para me ajudarem... mas é terrível tudo é diferente e causa muito sofrimento... tudo causa sofrimento a doença e o estar aqui no hospital." (Id10).* Sabendo que a capacidade de adaptação humana vai diminuindo com a idade, pode inferir-se que a população idosa manifesta um maior desajustamento à hospitalização (Gomes, 2002, Cabete, 2005; Dutra, 2009; Phaneuf, 2010). O sofrimento pode emergir de diversas causas; no entanto torna-se comum e frequente, numa situação de doença e hospitalização, factores que se constituem

como experiências dolorosas e fonte de sofrimento e de desconforto, como se evidencia neste estudo, pelas asserções dos doentes idosos crónicos: *“A minha doença é crónica, tenho um saquinho e, às vezes, tenho problemas, é a segunda vez que cá estou... é muito sofrimento... muito desconforto.”* (Id1). O processo de hospitalização pressupõe uma vinculação que conduz à permanência no mesmo local, durante um período de tempo variável, de acordo com o estado de saúde de cada pessoa. A hospitalização pode ser vista como um acontecimento positivo e/ou negativo, como percebemos pelo relato do idoso: *“O internamento é uma necessidade mas causa-me sofrimento...”* (Id12).

A forma como cada pessoa idosa reage à doença e à hospitalização difere, *“Já não é a primeira vez que estou internada... é a segunda! Outra vez... que grande sofrimento, preocupa-me, fico triste e ansiosa!”* (Id16). No “repertório emocional” do doente, emergem formas de manifestação que poderão ser acompanhadas de alterações/mudanças corporais, acções ou expressões relacionadas com o conforto e bem-estar (Diogo, 2006). Tal como defende Damásio (2003: 161), *“(...) os sentimentos podem ser os sensores mentais do interior do organismo, as testemunhas do estado da vida”*. Os sentimentos e as emoções têm influência no processo de adaptação e recuperação do idoso, como defende Goleman (2001: 186), *“(...) as nossas emoções e a nossa inteligência emocional desempenham um papel na saúde e na doença”*. As emoções positivas ajudam no processo de recuperação e as negativas podem afectar essa mesma recuperação. O impacto da perda e do comportamento humano a ela associado determinam reacções emocionais e comportamentais de maior ou menor sofrimento ou aflicção onde se incluem componentes físicas, psicológicas e sociais relacionados com a natureza, a dimensão e o significado da perda vivida (Sapeta, 2007).

Houve evidência neste estudo de expressões relativas a *alterações físicas/doença* sugestivas de serem interpretadas como reacções de **ansiedade causadas pela falta de informação**, com influência no estado de conforto, o que se pode perceber através de comportamentos verbais e não verbais (as mãos frias, o suspirar, a voz trémula e o ritmo acelerado) cujas asserções são exemplo disso: *“Continuo com diarreia, têm feito exames e tenho tirado todos os dias coisas para análise do sangue (...), mas até agora não sei nada! Na sexta-feira fiz uma ecografia abdominal, mas também ainda não sei o resultado... a doença... esta espera é o pior, também me traz ansiedade e sofrimento! (voz trémula e ritmo acelerado)”* (Id10); *“Estou muito nervosa, pois não sei se tenho que colocar outro acesso... o meu parou... (a doente tinha as mãos frias e suspirava)... já viu como me hei-de sentir?”* (Id2); *“Estou um bocado ansiosa... olhe para as minhas mãos (mãos suadas), ainda não sei nada da minha situação...!”* (Id11).

Face à (in)satisfação de uma necessidade ou perante uma situação de frustração, conflito ou tensão uma pessoa vive emoções diferentes (Chalifour, 2008). De entre elas, a

ansiedade reveste-se de um carácter particular, pelo desconforto que causa. A doença e o desconhecimento da situação vivida são geradores de conflito interior conduzindo frequentemente à ansiedade. Esta surge como uma vivência interpessoal, um estado ou uma reacção emocional, transitória, de sobrevivência, desencadeada por factores/episódios ou ameaças pontuais que desaparecem após a resolução da situação que a desencadeou, podendo criar sentimentos de medo e de preocupação, entre outros (Araújo & Gomes, 2004; Chalifour, 2008; Tavares, 2010). A ansiedade é um sentimento de desconforto e de tensão, que emerge com mais intensidade no idoso (Berger & Mailloux-Poirier, 1995) e pode ser acompanhada de expressões faciais e de gestos que traduzem um determinado mal-estar e desconforto que poderá ser, mais ou menos, acentuado (Pereira, 2008).

Na verdade, não só experiências anteriores podem condicionar a forma como se perspectiva e se avalia a experiência de hospitalização, como também factores como a capacidade de adaptação e as representações de saúde e doença poderão levar a percepções e vivências variadas. A pessoa é um “ser- no- mundo”, que tem uma história de vida, cujas experiências vividas marcam a sua individualidade (Watson, 1985), pelo que, cada pessoa experiencia e percebe o mundo de forma diferente. A pessoa é dotada de singularidade, de autonomia e de unidade individual e existe enquanto fim em si mesmo (Kant, 2001). Assim se entende que a pessoa tenha que ser contextualizada pelas suas experiências individuais, transformadoras e condicionantes do percurso de vida e nas quais se encontra sentido e significado para as suas vivências (Dutra, 2009).

Relacionada com as *alterações físicas/doença*, condicionantes do estado de conforto do doente idoso crónico, a existência de **sintomatologia/queixas físicas** emerge como uma sub-categoria importante neste estudo, onde se incluem declarações significativas expressas pela maioria dos doentes, relacionadas com a presença de dor, considerada como uma das principais causas de desconforto do idoso “(...) *as dores provocaram desconforto... qualquer dor... as minhas são nas pernas, (...)*” (Id1). A presença de dor surge como o sintoma que os doentes mais referem neste estudo, sendo, por isso, o mais temido: “(...) *tenho aqui uma dor muito aguda! (...), aqui, atrás e na anca! Aqui, nesta parte da anca. Agora está constante. Às vezes está mais aguda, outras vezes, está um bocadinho menos aguda, mas agora não sai daqui. Incomoda-me muito e é um grande sofrimento...*” (Id11). Também, experiências anteriores negativas no controlo da dor podem deixar marcas que influenciam o comportamento do doente: “*Já sei como é... as dores nas pernas (...) é o pior... inchavam muito, é um sofrimento muito grande é muito desconforto!*” (Id19). Nos doentes idosos crónicos, concretamente naqueles que vivenciam uma doença oncológica, a dor e o sofrimento são experiências que podem interferir profundamente no conforto do idoso (Gameiro, 2000; Carqueja, 2008). Apesar de, no ponto de vista conceptual, a dor ser remetida para algo

localizado ao corpo e o sofrimento associado ao psíquico, ao mental e à alma, na realidade verifica-se a existência de uma relação de complementaridade entre eles. Nesta perspectiva, “O sofrimento depende da significação que assume no tempo e no espaço, bem como no corpo onde produz algo (...)” (Carqueja, 2008: 8).

No contexto da experiência física, definido por Kolcaba (2003), a dor é causadora de desconforto, afecta o estado do doente e varia de pessoa para pessoa. É vista como o 5º sinal vital e, como tal, deve ser valorizada e sistematicamente avaliada e registada pelos profissionais de saúde, *“Sem dúvida... a dor promove o desconforto... a dor é vital. Se pensarmos na dor como sinal vital é mesmo, é mesmo uma prioridade (...) a dor consegue descompensar todo o bem-estar do doente, a todos os níveis.”* (E3). O controlo e a ausência da dor são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto, enquanto a presença e a sensação de dor se relacionam à presença de desconforto (Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2011). Também os enfermeiros deste estudo são sensíveis à existência da dor como uma das queixas que mais interfere no estado de conforto dos idosos, como podemos perceber pelas seguintes declarações: *“O doente, (...) com dor tem desconforto”* (E4); *“(...) tenho um doente com dor... a dor provoca desconforto!”* (E9). A natureza subjectiva da dor e a ausência de informação expressa verbalmente pelo doente, podem ser aspectos que dificultam a sua avaliação: *“Aproximei-me do enfermeiro que estava junto do doente idoso que se encontrava deitado no leito «tenho impressão que o doente tem dores... repare, enfermeiro na cara dele!» O enfermeiro parece ficar preocupado. Chama o doente pelo seu nome e pede-lhe para apertar a mão, se tiver dores. O doente não reage. Ajudo a mobilizar e a posicionar; verificamos que o doente contrai a expressão do rosto. Ao terminar o enfermeiro adianta: «vou ver que medicação tem em S.O.S» Sai do quarto”* (DC). O objectivo imediato do trabalho dos enfermeiros será aliviar o desconforto dos doentes e contribuir para que os mesmos suportem a sua dor, embora esta seja, um fenómeno cuja compreensão se torna particularmente difícil: *Sim, [os doentes] têm dores...quando não estão confortáveis ou com algum problema, a dor aumenta e causa desconforto...”* (E2); *“Dor, é desconforto, é não estar bem. A pessoa não está bem, precisa de alguma coisa... (...) é um sinal exterior de alguma coisa, está desconfortável.”* (EE2). A dor pode ser variável na sua intensidade, na sua duração e a sua profundidade; no entanto, observam-se algumas formas comuns de não aceitação e culpabilização de si e dos outros, de angústia, e de ansiedade, entre outros (Gameiro, 2000).

Para além da dor, outras alterações sintomáticas (vómitos, cansaço, falta de ar), foram referidas pelos idosos como promotoras de desconforto, tal como podemos constatar pelas asserções: *“Tenho muito, muito desconforto... muitos vómitos, muitos vómitos, má disposição”* (Id11); *“Sinto falta de ar... Querer respirar e... não conseguir incomoda e causa muito sofrimento... é por causa da minha doença!”* (Id12); *“Cansaço! Também sinto... muito.”* (Id14); *“(...) sinto-me mal, é*

assim... um bocado atordoada... é por causa da doença!” (Id6). O modo como cada idoso vive a sua situação é único e intransmissível podendo ser percebido e vivido de diferentes maneiras. A investigação evidencia que determinadas situações conotadas com um carácter negativo, como é o caso da doença e hospitalização, onde reina o desconhecimento, a insegurança e a incerteza, poderão conduzir a um sentimento de angústia caracterizado pelo medo, pela ansiedade e por outras alterações sintomáticas, geradoras de sofrimento e de desconforto (Cardoso, 2000; Gomes, 2002; Robinson & Benton, 2002; Frich, 2003; Costa, 2002; Lopes, 2006; Gonçalves, 2004; Cabete, 2005; Novais, et al., 2009; Tavares, 2011; Carvalhais & Sousa, 2011).

Em jeito de síntese, percebemos que, em situação de transição como é o caso da doença crónica e da hospitalização, a experiência pessoal, tal como é vivida, reflecte a forma como é percebida a situação. A hospitalização, traduz-se para o doente idoso, num processo de transição, que leva a mudanças do “self” (Meleis, 1991). O domínio da transição envolve processos de mudança que exigem adaptação e ajustamentos, num processo dinâmico, lento e progressivo mas individual. A realidade prende-se assim com o sofrimento que invade o doente e que conduz a condicionantes de influência no conforto do idoso. Ao vivenciar novas situações, os doentes experienciam uma enorme vulnerabilidade, adoptam formas de auto-apresentação e as preocupações pessoais revelam-se de extrema importância (Morrison, 2001; Oliveira, 2011). A vivência da doença e da hospitalização levam a pessoa do doente idoso a experimentar diferentes formas de sofrimento. O sofrimento é uma experiência individual, subjectiva e variável que envolve todas as dimensões humanas (Cassel, 1999) encontrando-se relacionado com um tipo de ameaça específica (neste contexto, está ligado à vivência da situação de hospitalização e/ou à doença e suas alterações). Gameiro (2000) confirma a natureza multidimensional do sofrimento, em situação de doença, com experiências de âmbito psicológico, como medos e, com experiências de âmbito físico associadas à sintomatologia variada. É reconhecida a interferência que o estado clínico, a vulnerabilidade física e psíquica, assim como experiências anteriores de hospitalização têm na postura dos doentes idosos. A compreensão das características dos referenciados, durante a hospitalização, é fundamental porque facilita a identificação correcta dos seus problemas, necessidades e desejos, bem como a definição de formas de atendimento diferenciadas que permitam um melhor atendimento. Reconhece-se a utilidade de (re)pensar os cuidados de conforto segundo as reais necessidades do idoso, pelo que é importante compreender o sentido da doença e da hospitalização, como processos de vivência da pessoa do doente idoso crónico em contexto hospitalar.

1.2.2. Necessidades do idoso que enformam os cuidados confortadores

“As necessidades são dependentes do contexto e as de uma pessoa são diferentes das de outra e espera-se da enfermeira que distinga as necessidades de cada cliente relevantes no seu contexto espacial e temporal.”

Holmes e Warelw, (1997)

As necessidades do idoso crónico que enformam os cuidados confortadores, no contexto cultural do serviço de medicina, surgem como um domínio cultural e um pólo orientador do cuidar geriátrico confortador. Para Henderson (1969,1978), o significado atribuído às necessidades relaciona-se com um estado de carência que é preciso ultrapassar, uma exigência que precisa de ser alcançada ou satisfeita (Adam, 1994) e que pode ser superado pelos cuidados prestados pelos enfermeiros. Henderson (1960/2007) faz alusão à satisfação das catorze (14) necessidades fundamentais, considerando-as essenciais ao equilíbrio, bem-estar e saúde da mesma e, determinantes para que a pessoa seja completa ou íntegra (Adam, 1994; Phaneuf, 2010). Ainda segundo Oliveira, (2010: 73), a necessidade diz respeito “(...) à falta de algo que, uma vez adquirido, reduz a tensão ou pulsão interna (...)”.

Embora os autores não sejam consensuais relativamente à forma de agrupar as necessidades, são vários os que defendem que estas acontecem num contexto de vida, podem ser conscientes ou inconscientes (Holmes & Warelw, 1997; Phaneuf, 2010; Oliveira, 2011). São consideradas carências de saúde ou bem-estar, ou ainda ausência/falta de actividades específicas por profissionais de saúde no atendimento de cuidados, (Chalifour, 2008; Rosa & Basto, 2009; Phaneuf, 2010; Oliveira, 2011). Por outro lado, a sua insatisfação ou não-satisfação desencadeia um desconforto ou mal-estar e terá efeitos na totalidade da pessoa (Holmes & Warelw, 1997; Lopes, 2006; Chalifour, 2008 integralidade; Rosa & Basto, 2009; Phaneuf, 2010; Oliveira, 2011). Considerando a globalidade e a da pessoa, Kolcaba (2003) salienta que as necessidades de cuidados de saúde se relacionam com necessidades específicas e variadas de conforto (físicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais), que emergem de situações ou estímulos, causando tensões negativas nas pessoas, devendo, por isso, a enfermagem procurar fazer a sua apreciação intencional a fim de proporcionar medidas confortadoras adequadas (Robinson & Benton, 2002; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Waldrop & Kirkendall 2009; Rosa et al., 2008; Oliveira, 2011).

O diagrama 13 apresenta **as necessidades do idoso** que se evidenciaram neste estudo, como domínio cultural que orienta e dá sentido à acção confortadora. As

necessidades encontradas “entrecruzam-se” com as características definidoras do idoso, já referidas anteriormente. e, que se apresentam com interferência na vivência confortadora:

Diagrama 13 – Necessidades do idoso crónico que enformam os cuidados confortadores:

Categorias e subcategorias



Neste estudo **as necessidades do idoso que enformam os cuidados confortadores** relacionam-se com as **alterações do processo de saúde/doença**, concretamente ao desejo expresso para a obtenção de **alívio de desconfortos físicos** nomeadamente em relação à **dor**: “(...) *procuro a melhor posição, [para aliviar a dor], não tenho dúvida, necessito de aliviar a dor (...).*” (Id11); “*O alívio da dor é o que mais desejo e necessito...*” (Id1) e a outro tipo de desconfortos, como é o caso da presença de **falta de ar**: “*Sentia-me mal com falta de ar (...) precisava de ser aliviado*” (Id5). Verifica-se uma relação previsível com a vivência, já expressa anteriormente pelo doente, de desconfortos variados. As perturbações da função respiratória podem condicionar comportamentos de agitação e confusão, uma vez que conduzem a um estado de hipóxia cerebral. Por outro lado, o stress físico e psicológico, inerentes à situação vivida (doença crónica e hospitalização) podem provocar uma maior exigência de oxigénio (Phaneuf, 2010). O alívio de desconfortos, como a dor e outros sintomas, deve ser entendido como um foco e uma preocupação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, sendo reconhecido como uma necessidade para estar confortável, a qual afecta a estrutura física e emocional da pessoa, (Wilson, 2002; Robinson & Benton, 2002; Kolcaba, 2003; Oliveira, 2011). O alívio de sintomas constitui assim um objectivo e uma parte importante do trabalho de enfermagem, estando associado ao alívio do sofrimento e podendo este ser entendido como um papel central do enfermeiro (Robinson & Benton, 2002; Kolcaba, 2003; Magalhães, 2009; Oliveira, 2008, 2011). A presença de sintomas com o significado que o doente idoso lhes atribui surge como uma sensação de ameaça ao conforto do doente. Kolcaba (2003) considera o conforto como um

estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. As necessidades evidenciam-se como algo positivo que se pode relacionar com os desejos e as expectativas particulares do doente, imprescindível para que a pessoa assegure o seu bem-estar e se preserve física e mentalmente (Phaneuf, 2010).

Relativamente às alterações do *processo de saúde/doença*, a necessidade de **informação/esclarecimento** assume uma expressão significativa, como podemos perceber pelas declarações dos doentes idosos: “[Os médicos] Informaram-me sempre da minha situação. Disseram-me sempre tudo. É uma necessidade que eu tenho... de me explicaram tudo! Tudo!” (Id13); “Era a mesma médica que vinha sempre ver-me... confiava nela e esclarecia-me (...) e isso é muito bom, é o que eu preciso...ser esclarecido.” (Id1). O doente idoso crónico deseja obter informação/esclarecimento acerca da sua situação: “Quando aqui cheguei, (...) trazia aqui um cateter veio aqui um enfermeiro e tirou (...) e eu fiquei assim sem saber... nem explicou... Eu fiquei assim sem saber! Será que tiraram, [o cateter] porque entupiu? Gosto de saber!” (Id7). Todo e qualquer procedimento efectuado pelos profissionais da saúde, seja considerado simples ou complexo, necessita ser realizado com o consentimento livre e esclarecido do doente, a partir da informação e esclarecimento obtido. Como expresso no Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem [REPE] (1996), e, de acordo com o Decreto-Lei n.º 161/96, o profissional de enfermagem tem o dever ético de facultar ao doente a informação possível sobre todos os actos de enfermagem que a ele digam respeito, no sentido de obter o seu consentimento livre e esclarecido. O desconhecimento sobre o tratamento e a evolução da doença geram incerteza e insegurança. Os doentes poderão sentir-se persuadidos a cooperar nas decisões tomadas pelos enfermeiros (Carapinheiro, 1998; Gallant et al., 2002; Gomes, 2002, 2009). Na construção de uma acção confortadora, é importante que o enfermeiro inclua a informação no seu quotidiano, em função da necessidade e preocupação expressa pelo doente, o que implica uma necessidade determinante de haver uma verdadeira interacção. O enfermeiro procura saber o que a pessoa necessita e de que forma quer ser informada. Benner (2001:104) expressa a função de educação e de guia da seguinte forma “as enfermeiras fornecem pistas físicas e temporais ao doente que não sabe o que o espera durante a doença, sempre que possível as enfermeiras informam o doente sobre o que deve esperar, ajudam a fazer interpretações das situações e fornecem explicações quando se produzem mudanças físicas”. É importante perceber qual será o momento mais indicado para explicar, esclarecer e fornecer informação adequada aos desejos e necessidades expressas pelos doentes idosos contribuindo desta forma para o bem-estar e conforto dos mesmos.

A necessidade de informação/esclarecimento conduz ao bem-estar da pessoa, como se constata no relato de uma participante: *“Sinto-me bem (...) explicam tudo muito bem!”* (Id4). O doente procura informação e entendimento para poder gerir os seus próprios cuidados. O facto dos doentes quererem estar a par da sua situação pressupõe que a informação é a base da estabilidade do consentimento (Gomes, 2009). A informação é a base da fundamentação das decisões autónomas do doente, necessária para que o mesmo possa consentir ou recusar medidas ou procedimentos de saúde que lhe são propostos. Pudemos igualmente observar que o doente solicita informação ao enfermeiro, procurando ser esclarecido em relação à sua situação: *“O enfermeiro passava pela porta da sala 9. O doente chamou-o e perguntou: «Depois de fazer o exame será que vou para casa?» O enfermeiro dirigiu-se junto do doente e respondeu: «Ter alta? Não sei, mas vou tentar saber, está bem?» O doente idoso respondeu: «Veja lá, senhor enfermeiro, fazia-me um grande favor, estou ansioso por saber.»”* (DC). As expectativas constituem o resultado de um processo de tomada de consciência e, embora situadas no plano do imaginário, o doente projecta no futuro a sua esperança de satisfação (Renaud, 2000).

Os relatos dos participantes mostraram-nos que, para se obter um determinado estado de conforto, é importante estar esclarecido e informado. Estes achados corroboram os estudos de Gomes (2002, 2009), de Lopes (2006), e de Duarte (2010) que mostram que os doentes idosos querem mudar de um papel tradicionalmente passivo para um papel mais activo. A informação é um direito da pessoa e uma das formas que a pessoa dispõe para tomar conhecimento da situação que está a viver, devendo ser transmitida numa linguagem clara e acessível. Tendo em conta as necessidades sentidas, a informação e a forma como é transmitida assumem um papel reorganizador, possibilitando um maior esclarecimento e conduzindo ao bem-estar e conforto do idoso.

No Art. 84º do Código Deontológico do Enfermeiro – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – está expresso que o enfermeiro deve defender e promover o respeito ao direito pelo consentimento informado, informar o doente e seus familiares no que se refere os cuidados de enfermagem prestados, responder a todas as dúvidas relacionadas com cuidados de enfermagem e, explicitá-las de uma forma responsável fazendo referência aos recursos de saúde disponíveis e ao acesso aos mesmos, enquadrando-se, desta forma, a comunicação como parte integrante das funções do enfermeiro (Código Deontológico do Enfermeiro DL 104/98).

Verificaram-se, nos relatos dos idosos e nas observações que os doentes evidenciam necessidades que parecem relacionar-se com *atitudes em relação a “Si mesmo e à vida”* concretizando-se pela **autonomia nas AVD**: *“Por enquanto, eu faço sozinha tudo. Vou*

à casa de banho... *faço tudo. É o que me vale... gosto da minha independência.*" (Id11). O doente idoso crónico deseja ter independência/autonomia nas suas actividades de vida diária "Só precisei de ajuda (...) quando tive de urinar... porque não podia sozinho. Mas hoje já fiz, já estou livre!" (Id14); "(...) tomar banho sozinho, é muito... é muito importante... sou independente, isso é muito bom, é o que mais necessito aqui." (Id2). A autonomia exige duas condições essenciais para que se possa verificar: (i) liberdade (independência do controle de influências) e (ii) acção (capacidade de acção intencional) (Gomes, 2009). É importante que seja reconhecida a necessidade de autonomia e de individualidade do doente idoso, no processo de cuidados confortadores, o que contribuirá para uma maior participação e *empowerment* do mesmo. O idoso que tem condições de cuidar de sua própria higiene, mesmo que seja com certa dificuldade, demonstra vontade em ter autonomia, tal como verificámos através da observação realizada: "Estávamos no turno da manhã. O enfermeiro pergunta ao idoso: «Então, senhor F., vamos ao duche? Eu vou ajudá-lo... acha melhor?» O idoso responde: «Vamos, sim. Mas eu vou tomar sozinho... vou devagarinho e se precisar peço ajuda...» O enfermeiro responde: «Ora sim senhor... assim é que é, toca a andar para a banhoca... eu já lá vou...»" (DC).

Etimologicamente a palavra autonomia deriva do grego «auto» e «nomos», significando ter leis próprias (Nunes & Melo, 2011). Para os autores referidos, o conceito de autonomia centra-se na perspectiva de que "(...) cada ser humano deve ser verdadeiramente livre dispondo das condições mínimas para se auto-realizar" (Nunes & Melo, 2011: 85). A autonomia, a vontade previamente manifestada e a capacidade de decisão do idoso constituem direitos dos doentes, determinantes para a promoção da dignidade humana, (Nunes & Melo, 2011). Pode afirmar-se que, apenas uma realidade verdadeiramente autónoma é intrinsecamente humana. A autonomia, embora assuma diferentes significados como, a autodeterminação, o direito à liberdade, a escolha individual e a livre vontade (Gomes, 2009), realça a individualidade de cada pessoa, tal como se evidencia neste estudo: "Faço a higiene sozinho, porque eu ainda me posso limpar, lavar à minha vontade, que é como eu gosto... é a minha autonomia e a minha liberdade... gosto muito." (Id4). No âmbito dos cuidados de saúde, a vontade do doente e a sua possibilidade de escolha relacionam-se com o enriquecimento da capacidade de auto-reconhecimento, o que se constitui como um processo determinante para o conforto do idoso.

Verificámos também, que o idoso que tem limitações, deseja manter a sua autonomia nas AVD, através do registo de observação que se segue: "Um enfermeiro aproxima-se do idoso de 72 anos que tem limitações ao nível da mobilidade. O idoso encontra-se sentado no cadeirão a jantar (O resguardo que tem no colo está sujo de sopa que, vai deixando cair). O enfermeiro percebe que o doente apresenta alguma dificuldade em levar a sopa à boca e pergunta ao doente «quer que o ajude?» O idoso, com uma voz trémula, responde: «Não, obrigado, quero fazer até ao fim... quero tentar...» Com movimentos lentos e mãos trémulas o doente continua a comer a sopa" (DC). A autonomia do idoso constitui assim uma necessidade referida. A

pessoa vale por si, por ser autónoma. A perda de autonomia, (ainda que temporária), é um dos grandes sofrimentos que o idoso pode vivenciar. A ajuda proporcionada por uma presença efectiva e autêntica reveste-se de extrema importância. A consciência da autonomia do idoso emerge e cresce quando ele é olhado pelos actores de cuidados como Ser autónomo, evitando a tendência para o infantilizar, como alguém dependente que não sabe decidir o que é melhor para ele.

A raiz da dignidade da pessoa é a sua autonomia individual e, por isso, possui um valor intrínseco e absoluto. A capacitação das pessoas assenta num processo de crescimento, de tomada de consciência de que a pessoa pode desenvolver as suas capacidades, numa caminhada em busca do desenvolvimento das suas potencialidades (Gomes, 2009). A investigação demonstra a necessidade de se considerar a singularidade do idoso e o seu contexto de vida, com o objectivo de preservar a sua autonomia e a independência que lhe for possível (Gomes, 2002, 2009; Cabete, 2005; Costa, 2002; Yousefi, et al., 2009; Oliveira, 2008, 2011). A crise de autonomia, como defende Bermejo (2010: 21), é caracterizada sobretudo “(...) pela deterioração progressiva e pelo aumento da dependência dos cuidados dos outros”, de tal forma que muitos idosos tendem a ceder a condução da sua vida a outros mesmo quando ainda não perderam totalmente a sua autonomia.

A autonomia entrecruza-se com a necessidade de ter **Segurança/Confiança**, como vemos na declaração que se segue *“Comecei ontem a ir à casa-de-banho, (...) lavar-me, mas... necessito de segurança e confiança... até poder fazer sozinha... preciso de ir acompanhada pela enfermeira (...) é melhor, é mais seguro para não cair.” (Id9); “Até podermos ser independentes... precisamos de ter alguma ajuda... segurança.” (Id12).* A segurança, como uma das necessidades fundamentais, integra vários domínios e assume-se como um direito proclamado pela Declaração Universal dos Direitos do Homem. As alterações biopsicosociais associadas ao envelhecimento levam a um aumento da vulnerabilidade e potenciam o risco de quedas. O problema das quedas, no idoso, fruto das alterações do comportamento, neurológicas, articulares, de visão e audição e ainda da polimedicação, poderá levar à diminuição de auto-estima, de procura de isolamento e de sentimento de medo, provocando incapacidades e um aumento do desconforto (Duarte & Barbosa in Ribeiro & Paúl, 2011). Conquistar a confiança do doente é condição para o poder ajudar e promover a sua segurança. A segurança/confiança relaciona-se, neste estudo, com a forma como os doentes olham os cuidados que lhes são prestados. Por um lado, os idosos apresentam-se como pessoas confiantes e com esperança *“(...) saber que estamos bem entregues é muito importante(...)” (Id7); “Acredito que vou melhorar e depois já posso ir para ao pé da minha família” (Id22).* Mas, por outro lado, a eventual situação de angústia poderá conduzir à impotência perante a situação vivida, podendo o doente imaginar sempre o pior, o que alimenta e desenvolve o sofrimento:

“Só peço a Deus que me ajude... Ele tem-se esquecido de mim. Não sei se vou sair desta..!” (Id4). A vulnerabilidade sentida, o não poder controlar a situação e o futuro desconhecido serão tanto mais perturbadores quanto mais dificuldade o doente idoso tiver em verbalizar ou exprimir as suas vivências. O clima de abertura e confiança é criado através da comunicação e da interacção estabelecida; embora seja variável consoante a conduta e a personalidade dos actores envolvidos.

A confiança e a segurança emergem como necessidades fundamentais do doente idoso constituindo-se “(...) instrumentos confortadores, na medida em que propiciam tranquilidade (...)” (Oliveira & Lopes, 2010: 71). A literatura de enfermagem evidencia a importância do enfermeiro se mostrar disponível para ajudar a pessoa a tomar consciência do seu problema e das suas dificuldades, através de um relação de aceitação e confiança, promovendo um diálogo construtivo (Gomes, 2002, 2009; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Cabete, 2005; Costa, 2006; Silva 2006).

Decorrente da nossa observação, percebemos que os enfermeiros demonstram disponibilidade para dar resposta às necessidades e desejos dos idosos, o que se evidencia como promotor de segurança e confiança para os mesmos. A valorização das situações particulares torna-se fundamental. No caso dos doentes que evidenciam algum tipo de dependência há evidência de uma necessidade concreta, no que respeita ao processo de ajuda: *“Necessito de ser ajudada, quando não posso fazer sozinha. Preciso mesmo (...) é por causa das dores.” (Id6).* A necessidade é contextual e relaciona-se com a presença de desconforto provocado pela presença de dor. Na verdade, a investigação é demonstrativa da importância das necessidades como “âncoras” orientadoras da ajuda necessária ao idoso. Poder ter segurança/confiança é um pré-requisito para a vivência de conforto, constituindo por isso um elemento confortador (Yousefi, et al., 2009; Oliveira & Lopes, 2010). No contexto deste estudo o cuidar geriátrico manifesta-se pelo interesse, pela atenção e pelo afecto, o que implica a presença do enfermeiro como alguém capaz de reforçar a segurança e confiança do idoso: *“Eu sei que os idosos precisam muito de sentir confiança nos enfermeiros... isso dá-lhes conforto; aqui, a equipa procura fazê-lo” (E6).* Como Morse sustenta, “Para alcançar o mais elevado nível de conforto, os doentes têm que ser capazes de confiar nos seus enfermeiros” (Morse, 2000: 36). A este propósito os idosos referem: *“Quando preciso de alguma coisa toco a campainha, e sei que vem sempre alguém. É importante saber que vem sempre alguém ajudar e saber o que queremos.” (Id9); “Acho que vale muito... vale muito a pessoa... sentir que tem quem a ajude, uma pessoa que ajude (...). Confio e, é mesmo o que aqui necessitamos...e, de ser ajudado e cuidado... é conforto!” (Id20).* O facto do doente idoso desejar confiar em alguém e saber que pode confiar é, por si só, positivo e terapêutico.

A vontade e o desejo de querer **sentir-se ajudado/cuidado** emerge, neste estudo, como uma necessidade de conforto expressa pelos idosos intervenientes: “(...) muito bem tratado e cuidado (...) é estar confortável, é o que necessito” (Id3); “Aqui ajudam-me em tudo o que eu preciso (...) e isso é não faltar nada (...) sabe isso é o que desejo para estar confortável... sentir que me ajudam” (Id12). Verificámos que a opção para pedir ajuda recai, principalmente, sobre os assistentes operacionais e/ou enfermeiros. O critério de escolha parece estar associado à proximidade física, ou seja, o doente chama quem estiver próximo dele no momento, tal como é referido: “Quem estiver aqui eu chamo e depois se não for com ele... logo se vê (...)” (Id2). Por outro lado, alguns doentes reconhecem alguma preferência no atendimento pelo enfermeiro, justificada pelo maior conhecimento e competência, o que é inspirador de maior segurança: “Claro que se vier o enfermeiro é sempre melhor, pois é ele que está sempre aqui connosco, ele é que sabe... e por isso sinto mais segurança...” (Id10). “Quando tenho dores chamo um enfermeiro (...) ele trata de mim e pronto!” (Id22). Os enfermeiros distinguem-se pelo saber especializado e parecem estar assim num patamar superior em relação aos assistentes operacionais, embora, por vezes, os pedidos de ajuda sigam uma orientação inversa a esta escala de saberes. A análise apela à mobilização de um conjunto de saberes, interligados, contextualizados e transformados em competências, na situação em concreto relacionada com cada idoso. Segundo Le Boterf (2003) a competência é um saber agir profissional, responsável e reconhecido pelos outros.

Na unidade social estudada, as necessidades de conforto impelam o cuidar geriátrico que se constitui como um processo de desenvolvimento pessoal e de resolução de problemas, o que se torna possível pela interacção positiva entre o enfermeiro e o idoso. Tal como defendem Watson (2002a) e Bermejo (2010), o enfermeiro, como elemento de relação de ajuda, ao cuidar do idoso, tem competências/saberes que vão facilitar o crescimento da pessoa. Este saber é um saber reflectido e móvel, em redor da observação que realiza, permitindo cuidar do idoso na sua globalidade e de forma individualizada, tal como relatam os enfermeiros: “Eu sei que o doente precisa de ajuda... mas para isso tenho que perceber bem o que se passa com ele, quais são os seus problemas e as suas necessidades... parte tudo de uma boa observação e reflexão com base nos nossos conhecimentos... só assim podemos entender o idoso e ajudá-lo.” (EE5). A necessidade de ajuda é mais evidente quando existe desequilíbrio, nomeadamente, em relação à saúde/doença e hospitalização, na medida em que a vulnerabilidade da pessoa está acrescida. A percepção dos enfermeiros deste estudo acerca da sua capacidade para desempenharem um papel de ajuda e suporte, está dependente da habilidade de cada um em fazer uma abordagem delicada nas interacções com os doentes. O registo, que se segue, evidencia esta situação: “Os enfermeiros saíram com o carro de terapêutica para administrar a medicação aos doentes. Os assistentes operacionais iniciaram a distribuição dos lanches. Dediquei, em seguida, a minha observação para a enfermaria (Sala 7). Esta enfermaria, em forma de um quadrado, tem 4 camas. Um doente estava sentado no

cadeirão. Dois doentes estavam deitados na cama. Havia uma cama desocupada. Chegou o assistente operacional com o lanche e deixou-o junto do doente que estava sentado no cadeirão na mesa de apoio e afastou-se, dizendo «está aqui o seu lanche». O doente respondeu: «obrigada. Pode ajudar-me a abrir o iogurte?» O A.P dirigiu-se de novo para junto do doente. Nada disse. Abriu o iogurte e colocou a colher. Afastou-se, de novo, e dirigiu-se para um dos doentes que estava deitado. O enfermeiro dirigiu-se ao doente e pergunta «precisa de mais alguma coisa?». O doente respondeu: «talvez fosse melhor sentar-me mais direito, estou desconfortável». Ajudei o enfermeiro a posicionar. O doente agradeceu e começou a lanchar.» (DC).

Toda a pessoa tem necessidade de ajuda, mas a pessoa idosa necessita que se providencie o seu bem-estar e conforto, que se estabeleça uma relação autêntica de ajuda na resolução das suas necessidades e problemas. O estabelecimento de uma relação de ajuda no ambiente de cuidados é inerente ao próprio cuidar. Neste estudo, houve evidência de que o enfermeiro estava receptivo a quem necessitava de ajuda e desperto para as suas reacções e sentimentos pessoais, os quais evidenciavam essa mesma necessidade. A observação que realizámos assim o reflecte: *“No corredor, uma doente idosa, em maca, inicia os cuidados de higiene. A sua estrutura física não permite ficar dentro do espaço da maca, trata-se de uma doente com obesidade. Nesse momento, a passagem no corredor ficou interrompida. A idosa não conseguia sequer ter acesso ao carrinho da higiene. O enfermeiro passa no corredor e pergunta à doente se precisa de ajuda. A idosa diz-lhe que, na verdade, já não consegue fazer a higiene, pois está muito cansada. O enfermeiro responde... «volto já para a ajudar no que precisar». A idosa agradeceu com um sorriso e afirmou: «é o meu anjo da guarda». Deitou-se no leito e aguardou a vinda do enfermeiro.”* (DC). O processo avaliativo é um processo de continuidade intrínseco ao actor de cuidados. Verifica-se uma relação de proximidade e de confiança que se efectiva partindo de uma atenção centrada nas necessidades individuais da pessoa. Benner (2001) define como um dos domínios dos cuidados de enfermagem a função de ajuda e, afirma que os doentes procuram os enfermeiros em busca de diferentes tipos de ajuda, os quais só os enfermeiros podem oferecer. O cuidar geriátrico reside neste agir intencional, o que implica conhecimentos, competências e perícia no desempenho do mesmo.

Apesar da existência de situações de especial fragilidade física e psicológica, cada pessoa tem o direito de se realizar. De facto, com a teoria da motivação humana de Abraham Maslow (1999), o ser humano apresenta diferentes necessidades que podem ser estratificadas, considerando-se que as necessidades de ordem superior só emergem após a satisfação das necessidades de ordem inferior. Henderson (1978), defende que, à semelhança de outras necessidades fundamentais, a sensação de conforto e bem-estar aumentam com a satisfação das necessidades individuais de higiene. Também, neste estudo, a **higiene e arranjo pessoal** evidencia-se como uma necessidade de conforto importante para o idoso: *“Sabe-me muito bem tomar o meu banho... é muito importante para mim.*

É um grande conforto” (Id 22); *“Gosto de me sentir lavadinha... da cabeça aos pés.”* (Id9). Os enfermeiros partilham desta opinião: *“Uma pessoa que está acamada, deve ser muito desconfortável estar deitada todo o dia...a higiene é importante e conforta (...)”* (E5). Segundo Adam, (1994: 48), “A alteração do estado de saúde gera novas necessidades de higiene”. A investigação demonstra que, para além da higienização do doente, os cuidados de higiene e arranjo pessoal tornam o doente livre de microrganismos patogênicos e promovem a sensação de alívio e leveza, além de melhorarem o estado de conforto (Adam, 1994; Kolcaba, 1991, 1994, 2003; Chang, Chenoweth & Hancock, 2003; Yousefi, et, al., 2009).

Os cuidados de manutenção, apesar de terem como função sustentar a vida, são por vezes desvalorizados (Collière, 2003). Evidenciamos um registo de um idoso que expressa este sentimento: *“O cabelo (...) não dão tanta atenção! Gostava que elas [as enfermeiras] tivessem esse cuidado comigo...quando fazem a higiene”* (Id1). Os cuidados de higiene e arranjo pessoal emergem assim como uma necessidade de conforto expressa, pelo que o enfermeiro deverá ter a capacidade de “ir ao encontro” do idoso, de caminhar com ele no âmbito de um projecto de cuidados confortador.

Por outro lado, a observação realizada permitiu constatar a preocupação do enfermeiro em atender a esta necessidade: *“Entreí na Enfermaria. O dia estava chuvoso. As persianas estavam levantadas e as luzes apagadas. O enfermeiro dirigiu-se ao doente idoso e pergunta-lhe: «Bom dia, Sr. P, como passou a noite? Vamos tomar um banhinho?» O idoso respondeu: «Vamos sim, senhor enfermeiro. O banhinho sabe-me muito bem. Não posso passar sem ele!» O enfermeiro abre as persianas e, em seguida, corre as cortinas e começa a mobilizar o doente para iniciar o banho na cama. O enfermeiro pergunta, de novo, ao doente: «Hoje lavamos a cabeça?» O idoso responde: «Ah, sim eu lavo-a sempre quando tomo banho». O enfermeiro dá início aos cuidados de higiene.”* (DC). O idoso não se limita a um “corpo objecto” que possa ser considerado uma máquina. É igualmente um “corpo sujeito” e necessita, por isso, de cuidados individualizados atendendo ao sujeito singular que é. Através da comunicação o enfermeiro deseja aproximar-se, compreender o idoso e aceder ao seu mundo, sendo este um referente norteador do seu discurso.

Neste estudo, as preocupações de âmbito espiritual emergem como uma tentativa de encontrar um equilíbrio e um sentido para a vida, como se evidencia nas declarações dos doentes: *“Eu não vou à missa mas penso em Deus. Aqui tenho necessidade de pensar em Deus e sinto-me bem ajuda-me a encontrar um sentido para tudo isto.”* (Id5). A **espiritualidade/religiosidade** espelha uma necessidade dos doentes idosos levando à procura de um significado, de um sentido ou de um propósito final: *“Sou católica. E isso, ajuda-me... eu tenho necessidade disso... conforta-me... agarro-me a algo superior para ter forças. É bom.”*

(Id1); *“A fé ajuda, claro que ajuda... a ultrapassar... muitas coisas! Peço a Deus!”* (Id19). Alguns autores, como Ribeiro (2008) e Jacinto (2010), falam de “estruturas profundas” que permitem ao idoso lidar melhor com os problemas ou situações difíceis da vida havendo uma correlação entre a religião/espiritualidade e a auto-estima, a capacidade de perdão, o bem-estar, a sabedoria, entre outros. Cada pessoa, no confronto com a própria existência, concretamente com a doença e a hospitalização, tem ou adopta um tipo de espiritualidade ou uma forma específica de estar no mundo (Wright, 2005; Renaud, 2010), o que também faz sentido para os idosos participantes: *“Aqui, nesta situação, apoiarmo-nos em algo (...) aqui ninguém nos dá apoio espiritual. Nada de nada! E eu necessito...”* (Id7). A expressão da espiritualidade/religiosidade relaciona-se com a individualidade de cada idoso; é algo que dá sentido à vida, é uma força essencial, invisível e viva em cada pessoa, trazendo um sentido de continuidade e de significação à nossa existência. Os actores enfermeiros assim o consideram: *“A espiritualidade é uma força interior... que conforta. Cada pessoa valoriza e entende a sua própria espiritualidade de forma única”* (E8); *“Sabe, eu acho que temos que dar mais atenção a este aspecto da espiritualidade... estou sensível a isso mas... às vezes não dou a atenção devida, entende?”* (E2).

O direito ao acompanhamento espiritual e à assistência religiosa, por opção concreta do doente, constitui-se como fundamental numa sociedade plural e secular (Nunes & Melo, 2011). De acordo com as linhas de orientação da Rede Europeia de Capelarias Hospitalares, tendo em conta o regulamento do Serviço Assistência Espiritual e Religiosa do Hospital onde realizámos o nosso estudo e, em conformidade com o Decreto-Lei nº 253/2009, o doente tem o direito de ser respeitado incondicionalmente nas suas convicções espirituais e religiosas, bem como devem ser satisfeitas as suas necessidades, nesta dimensão. A entrevista que realizámos a um dos capelões que dá assistência ao contexto social estudado, expressa a preocupação em relação a esta dimensão: *“Eu penso que, a nível das estruturas hospitalares, nomeadamente também desta nossa aqui, era necessário muito mais atenção à dimensão religiosa e espiritual”* (Capelão). *“Ajudaria imenso que nós soubéssemos onde estão os doentes que necessitam de nós.”* (Capelão); *“Se há alguma coisa que nos dá alento interior é exactamente a espiritualidade. Que é a dimensão da fé. Que dá um alento fabuloso!”* (Capelão).

A espiritualidade constitui uma característica da humanidade que possibilita ajuda à pessoa para ultrapassar um momento de crise e de sofrimento. Desde Florence Nightingale (1859/2005), que se tinham reconhecido as necessidades do espírito como fundamentais e críticas para a saúde das pessoas. No âmbito das necessidades humanas básicas, descritas por Maslow em 1970, as necessidades espirituais surgem no cume da pirâmide. A espiritualidade e a religião são, muitas vezes, termos que se confundem e constituem mecanismos importantes, associados ao bem-estar e, que conferem sentido à vida (Ribeiro,

2008). A espiritualidade pode ou não estar vinculada a uma religião sendo considerada um termo mais amplo que esta última. Tem a ver com reflexão, uma busca pessoal sobre o significado da vida e a relação com o sagrado ou o transcendente. A religião é um sistema organizado de crenças, de práticas, de rituais e de símbolos, exprimindo a ligação e a proximidade da pessoa com o divino, com o sagrado ou com o transcendente (Fernandes, Monteiro & Alves, 2006; Jacinto, 2010).

A investigação realizada na área de enfermagem mostra que existe uma associação forte entre espiritualidade e saúde, concretamente em situação de doença crónica e hospitalização, percebendo-se que o facto de uma pessoa ter um sentimento de ligação a um ser superior, à natureza ou a algo superior a si mesmo e senti-los ainda como uma força e um apoio, poderá ter bastantes benefícios para a mesma (Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Koenig, George & Titus, 2004; Ribeiro, 2008; Caldeira, 2011). Evidencia-se a relação entre as variáveis espirituais e religiosas e os sentimentos de conforto, de bem-estar, de qualidade de vida, de forma de lidar com a doença, de significado e de esperança (Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Ribeiro, 2008), uma vez que as crenças e práticas religiosas fornecem ao doente algumas medidas de aceitação da doença, e um sentido de domínio e de controlo, constituindo-se como uma fonte de esperança e uma força para enfrentar a vivência das situações causadoras de desconforto.

O “cerne” dos cuidados geriátricos é explicitamente o todo da pessoa idosa – corpo, mente e espírito. O conforto psicoespiritual surge como uma necessidade e recurso interno, que favorece a aceitação da doença e a hospitalização, podendo algumas pessoas refugiar-se na igreja, na religião, ou na fé, e outros, na música, no ambiente, nos familiares ou nos amigos, entre outros (Kolcaba, 2003). A relação enfermeiro/doente idoso permite o conhecimento da vida espiritual deste último, de forma a capacitar o mesmo para passar do sofrimento para o conforto e bem-estar, como é expresso nesta declaração: *“O enfermeiro percebeu que eu precisava de falar com o Sr. Padre e chamou-o logo... Foi muito importante para mim falar com ele, foi confortador.”* (Id6); *“Só precisava de estar uns minutos sozinha... precisava de rezar e, o enfermeiro percebeu isso”* (Id17). Entender e dar resposta aos desejos e necessidades espirituais do idoso é fundamental para promover um cuidar geriátrico confortador. O facto do doente poder discutir as suas preocupações e crenças religiosas de forma aberta ou encará-las como assunto privado e pessoal, poderá aliviar a tensão emocional. Partilhar as preocupações permitirá ao doente tranquilizar-se por saber que não está sozinho e que alguém sabe e se preocupa com o que ele está a vivenciar (Watson, 2002b; Caldeira, 2011). Tal, é possível por meio de uma relação empática, com vista à compreensão do significado e da importância atribuída aos desejos/necessidades espirituais com vista a uma resposta humanizada, adequada e dirigida a cada idoso.

Ainda no âmbito das necessidades específicas do idoso as quais enformam os cuidados confortadores, evidenciam-se aquelas que se relacionam com as condições de *estrutura/funcionamento do serviço* e que se “entrecruzam” com os aspectos contextuais que limitam o conforto do idoso, anteriormente já referidos. A partir da nossa observação, percebemos que, muitos dos aspectos limitadores do conforto do doente se constituíam, na realidade, nas necessidades de conforto que o idoso gostava de ver satisfeitas. Assim, evidenciam-se necessidades que se centram nos aspectos confinados a uma **alimentação bem confeccionada e adequada ao gosto do doente** como se evidencia nos relatos: “*Em termos da alimentação, vamos lá a ver! (...) é muito, muito mal confeccionada, como já lhe disse. É uma necessidade que temos muito importante... podia vir metade e ser melhor confeccionada... devia ser adaptada à nossa situação*” (Id7); “*Termos uma alimentação boa aqui, no hospital, é mesmo uma necessidade importante para o meu conforto!*” (Id12).

Uma alimentação variada e equilibrada tendo em conta um plano estruturado para cada idoso, reveste-se como uma necessidade de extrema importância para o conforto dos mesmos, na medida em que se contribui para um completo bem-estar físico e mental (Azevedo & Teles in Ribeiro & Paúl, 2011). A perda do apetite, a sensação de sede, a diminuição do reflexo faríngeo – causador de problemas de deglutição – os problemas peridentários, entre outros factores, vão influenciar a capacidade de comer podendo o doente sofrer carências nutricionais consideráveis (Phaneuf, 2010). Atender a um fornecimento nutricional adequado e necessário à pessoa idosa é fundamental, já que, uma correcta alimentação e uma boa hidratação, têm uma grande influência no nível de funcionamento metabólico e no equilíbrio hidroelectrolítico, prevenindo determinadas complicações.

No contexto do nosso estudo observámos que, frequentemente, os idosos referiam a necessidade de uma alimentação ao gosto do doente e bem apresentada, pois várias vezes, esta se apresentava fria e com má apresentação: “*Tenho comida com fatura... só que não presta e vem fria e mal apresentada... aqui precisamos de ter boa comida!*” (Id4). Este aspecto vem de encontro à investigação realizada, na medida em que se evidencia como uma necessidade básica fundamental para o equilíbrio dos idosos (Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004). No decorrer da nossa investigação este foi um dos aspectos que sofreu algumas alterações.

A investigação demonstra que a desnutrição está presente em 20 a 40% dos idosos hospitalizados, e surge como consequência de múltiplos factores, entre os quais o hipermetabolismo das doenças crónicas, a imobilidade e os problemas psicológicos, como a ansiedade e a depressão (Palmer et al., 2003; Street, 2004; Phaneuf, 2010; Sousa & Araújo in Ribeiro & Paúl, 2011; Azeredo, 2011). Paralelamente a esta ideia, a forma como os alimentos são confeccionados podem contribuir para a perda de apetite e provocar náuseas

e vômitos. A possibilidade de promover um maior conforto ao idoso, passa também por adaptar a dieta à situação do doente e à possibilidade do mesmo se alimentar, na medida em que, muitas vezes, os idosos apresentam má dentição e paladar alterado (Sousa & Araújo in Ribeiro & Paúl, 2011; Azeredo, 2011). Ainda no decorrer da nossa investigação e, relativamente ao modo e forma como as refeições vêm acondicionadas dos serviços internos da cozinha hospitalar, a existência de novos carros de distribuição, bem como a reestruturação no plano de individualização, vieram trazer algumas melhorias

As **condições ambientais favoráveis** constituem, igualmente, necessidades específicas de conforto dos idosos, nomeadamente, a limpeza da unidade: *“Eu acho que eles, aqui, têm os cuidados de higiene e limpeza adequados (...). Há vezes em que limparam com mais frequência que outras... mas a limpeza é importante para o nosso conforto (...)”* (Id2); *“Todos os dias eu vou para o duche; quando venho do duche, tenho a cama arranjada, tudo arranjado e limpo, portanto é quase como eu costumo falar com o meu marido, é como se tivesse num hotel, (...)!”* (Id2); *“Está tudo muito bem cuidado, com limpeza, que é fundamental para o nosso bem-estar... uma maravilha!”* (Id4); as condições do mobiliário, concretamente, o conforto da cama *“A cama, é boa, confortável... é uma grande necessidade dormirmos numa cama confortável”* (Id10) e ainda o ambiente sossegado, sem barulho: *“À noite apagam as luzes e fica tudo quieto e sossegado. E isso é que é preciso e dá para descansar... um ambiente sossegado (...)”* (Id13); *“O quatinho é sossegado... estou bem aqui!”* (Id11). A necessidade de manter um ambiente sossegado parece estar relacionada com a necessidade de dormir e descansar. Com o envelhecimento, a qualidade do sono é perturbada. Nos idosos, as alterações mais frequentes são o aumento do número de interrupções durante o sono, e, a sua duração (Phaneuf, 2010). Percebemos que, o doente idoso, por diferentes razões (desconfortos variados barulho em demasia, sono agitado), tem dificuldade em adormecer ou acorda frequentemente. Verifica-se, muitas vezes, a necessidade de repousar durante o dia para repôr forças e energia, embora possa, tal situação, comprometer o sono durante a noite. Kolcaba (2003) salienta a importância das condições ambientais para o conforto do doente, salientando que o ambiente da sala/enfermaria inclui tudo o que pode ser manipulado pelos enfermeiros, evidenciando-se como promotor de conforto. Na pesquisa realizada, há evidência destes aspectos em diferentes estudos relacionados com o conforto da pessoa hospitalizada (Kolcaba, 1991,1994, 2000, 2003; Cameron, 1993; Hamilton, 1989; Wilson, 2002; Tutton & Seers, 2004; Apóstolo, 2007; Yousefi, et., al, 2009). O sentimento de interioridade e o valor atribuído à privacidade e ao pudor são expressos de forma individual e particular por cada pessoa.

Neste estudo, a necessidade de usufruir de privacidade física é expressa pelos doentes como importante para o conforto. Os relatos de alguns doentes fizeram emergir o

que relacionámos com desejo **de privacidade/individualidade do espaço territorial** que é valorizado e que se relaciona com a funcionalidade do serviço, tal como se evidencia: “*Tenho privacidade física! Isso é muito importante para o meu conforto!*” (Id21); “*Tenho as minhas coisas (...) e isso é bom!*” (Id19). A necessidade de privacidade física está relacionada com “o direito a estar sozinho” e tem subjacente o conceito de “integridade física”, (Nunes & Melo, 2011), tal como é evidenciado: “*Estar num quarto com privacidade é fundamental... a privacidade é importante para o conforto.*” (Id1). A hospitalização é despersonalizante, pela constante invasão da privacidade, já que, o espaço de cuidados é um espaço público, por excelência. A protecção da intimidade de cada pessoa cuidada, o espaço físico, íntimo e relacional merecem esse respeito (Watson, 1985). Reconhecer a privacidade como um direito básico da pessoa constitui um fundamento do agir profissional (Deodato, 2008).

Considerada como determinante para um cuidar humanizado a privacidade física está relacionada, neste estudo, com o espaço pessoal e com o território, como é expresso pelos idosos: “*(...) tenho as minhas coisas, tenho essa necessidade e tenho o meu espaço... é importante*” (Id7). A necessidade de poder guardar objectos pessoais é relatada por um idoso: “*Tenho tudo aqui (...) só uma questão, por exemplo, é que não temos nada fechado. É tudo aberto. Devia haver um cacifozito com uma chavinha para termos, por exemplo, no meu caso que utilizo o computador e que gosto de o trazer para estar entretida, para fazer pesquisa, para aquilo que me é necessário. Gostaria de ter aqui um espaço que pudesse estar fechado...*” (Id2). Os bens pessoais do doente constituem uma extensão do mesmo uma vez que são fundamentais para as suas actividades.

No decorrer da nossa observação, pudemos perceber que os cuidados prestados pelos enfermeiros têm como preocupação procurar preservar a intimidade e a privacidade do doente, constituindo consenso expresso na intervenção do enfermeiro: “*O enfermeiro posiciona uma idosa de 88 anos, que se encontra dependente. O enfermeiro corre a cortina e, tem o cuidado de expôr apenas a zona do corpo onde está a realizar o penso.*” (DC). Os enfermeiros são sensíveis à manutenção do espaço pessoal e protecção da privacidade e da intimidade corporal, como se evidencia neste registo de observação: “*O idoso está deitado numa maca. Estávamos no turno da manhã. O enfermeiro vai iniciar a higiene e, preocupa-se de imediato, em pedir ao assistente operacional que traga desde logo um biombo para que o doente possa ter maior privacidade. O doente percebeu o pedido do enfermeiro e agradeceu com um sorriso.*” (DC). A privacidade individual constitui um conceito multidimensional, relevante, em todas as áreas da actividade humana, uma exigência da pessoa e um direito fundamental de cada idoso. Para além da dimensão física, a privacidade psicológica, social e de informação são dimensões centrais no desenvolvimento de uma saúde positiva (Watson, 2002a) e constituem-se igualmente importantes para a promoção de um ambiente de apoio e de protecção. Por um lado, o artigo 86º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros prescreve o

dever do enfermeiro em respeitar a intimidade da pessoa que cuida e, por outro, também na “Carta dos Direitos dos Doentes” é referido que a privacidade e a intimidade do doente devem ser sempre asseguradas.

Se é evidente que a doença e a hospitalização são geradoras de sofrimento, este não se vivencia apenas nas dimensões física e psicológica, já que, engloba dimensões de âmbito psicossocial (familiar, existencial e/ou espiritual, laboral) (Kolcaba, 2003; Cosme et al., 2006). A forma como a pessoa responde aos acontecimentos, aos estímulos do quotidiano exige uma mudança no seu modo de vida habitual. Na vivência do internamento hospitalar e, no âmbito do domínio cultural encontrado, os resultados permitem identificar que os idosos têm necessidades de ordem social que se integram na categoria *família/pessoas significativas*. Esta categoria é considerada como uma entidade própria dominante pela importância que lhe é atribuída, esta evidenciada pela expressividade das unidades de registo: “(...) *faltam-me as pessoas, a família e os amigos, (...) são para mim fundamentais...*” (Id1); “*Tenho uma prima (...) com quem vivia... sinto a falta dela, da presença dela, é importante...*” (Id1). O idoso considera que a família/pessoa significativa não se refere apenas às pessoas de laços sanguíneos, mas também às que reúnem laços afectivos: “*Quem me faz falta são aquelas pessoas que me apoiam e de quem eu gosto... são amigos e familiares directos, entende...*” (Id22).

A presença/apoio da família é perspectivada como um desejo e vontade com influência na vivência de conforto do idoso. A família circula num corredor paralelo ao doente e é vista como um sistema de inter-relações: “*A família é o meu mundo (...) a família faz falta e ajuda a ultrapassar o internamento (...)*” (Id1); “*A minha família faz-me falta! Tenho necessidade de a ter aqui comigo... é fundamental para o meu conforto.*” (Id9). A família é reconhecida como um recurso importante e decisivo na compreensão da situação vivida. Emerge como a unidade a qual as necessidades interpessoais são atendidas e gratificadas, assumindo uma maior importância na satisfação das necessidades de conforto do idoso (Kolcaba, 2003; Cosme et al., 2006): “*(...) estar aqui não é nada bom (...) sinto a falta do meu marido, a falta do meu filho (...) da minha família.*” (Id6). O processo de saúde e doença não assume uma dimensão individual. O sofrimento e o desconforto dos doentes advêm também do afastamento da família. É importante estar atento às necessidades que a pessoa apresenta relativamente à mesma, tal como expressa o enfermeiro neste relato: “*(...) neste serviço, nós cá temos as regras, não permitimos a entrada a crianças com idade inferior a doze anos, mas, por exemplo, se é um doente, mesmo que seja mais dependente, que tem essa necessidade, não nos custa nada levar o doente num cadeirãozinho a ver o netinho que está lá fora, permitir que essa necessidade seja atendida... nem que seja para dizer adeus ou dar um beijinho, porque sabemos que para ele [doente idoso] é importante.*” (E1).

Concomitantemente, **o convívio social com outros doentes** emerge como uma necessidade de conforto referida pelo idoso. Os idosos mostram vontade de conversar com os seus semelhantes: *"Tenho necessidade de me distrair... com os doentes que estão em quartos sozinhos, (...)." (Id4)*; *"Aqui, gosto de poder conversar com os outros doentes... conversar é algo que me faz falta, pois ajuda a passar o tempo!" (Id15)*. A incapacidade do idoso tomar conta de si faz com que a hospitalização, potencialmente, crie desequilíbrios. O convívio com outros doentes permite uma maior relação de proximidade e de reciprocidade entre os diferentes actores sociais. A literatura evidencia que os idosos ficam sujeitos à solidão e ao isolamento. O contacto com as pessoas culmina inevitavelmente em processos de comunicação. A comunicação, como forma de relação interpessoal, é o alicerce das relações entre os actores e constitui uma necessidade comum e fundamental a todos os seres humanos. Perspectiva-se como um processo de troca, de partilha, de criação e de recriação, que permite a expressão de sentimentos e emoções permitindo criar laços significativos entre as pessoas (Phaneuf, 2005).

A hospitalização constitui-se como um acontecimento desagradável para o idoso levando à necessidade de mudanças nos hábitos de vida e ao afastamento da família, amigos/pessoas significativas. O ambiente de não familiaridade é gerador de desconforto (Veiga, 2007). De entre os problemas vividos pelos idosos durante a hospitalização, encontram-se respostas não adaptativas, a falta de actividades de lazer e de ocupação, o afastamento da família, o isolamento, entre outros. A ocupação do tempo constitui para o idoso hospitalizado um problema. Apesar da percepção do tempo ser subjectiva, sabe-se que varia com a idade e as situações que são vividas. A nostalgia e a tristeza transmitem a sensação de alongamento do tempo, parecendo que os dias são intermináveis (Cabrita, 2007). Tendo em conta as actividades que se realizam, o empenho com que se desenvolvem e o prazer que transmitem, assim o tempo passa rápida ou lentamente (Cabrita, 2007). As coisas que uma pessoa valoriza, a forma como olha os outros e a forma como deseja utilizar o seu tempo, constituem uma forma específica de estar no mundo.

Em matéria de síntese, constatamos que a estadia no hospital constitui uma ruptura nos hábitos de vida, já que, para além da rotina instituída inerente a práticas e dinâmicas impostas pelos diversos actores, perde-se grande parte da privacidade e da independência, o que conduz facilmente a sentimentos de ansiedade e desconforto. Embora as necessidades fundamentais sejam comuns a todas as pessoas, as necessidades do idoso que enformam os cuidados confortadores, assumem dimensões diversas, tendo em conta as exigências específicas e particulares dos doentes que delas decorrem, além da especificidade do contexto, num certo momento e circunstância, o que vem de encontro aos dados de outros estudos (Holmes & Warelrow, 1997; Gomes, 2002, 2009; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Costa, 2006; Lopes, 2006; Costa, 2011; Oliveira, 2011; Frias, 2012).

O confronto com a doença e a hospitalização impõe ao idoso uma reestruturação do seu sistema de referências e a necessidade de redimensionar a sua atitude perante a vida, que se expressa ou revela de forma diferente para cada um. As necessidades de saúde dos idosos hospitalizados, não advêm apenas do processo de envelhecimento, relacionam-se com as patologias associadas que lhes provocam limitações e sofrimento e com outros determinantes, como sejam, a qualidade de satisfação das necessidades essenciais que estão interligadas e podem ser agravadas em situações de maior dependência. A insatisfação de uma delas provoca sempre repercussões na satisfação de outras. Os achados demonstram a existência de necessidades nos quatro contextos – físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental – os quais são definidos por Kolcaba (2003). Reveste-se de extrema importância as interrelações entre as mesmas devendo estas ser satisfeitas a fim de manter e conservar o equilíbrio físico, psicológico, social e espiritual da pessoa. Focalizando a atenção nas necessidades individuais de cada doente idoso, a humanização dos cuidados de enfermagem visa o seu reconhecimento na sua globalidade e individualidade, com a finalidade de promover o conforto (e/ou bem-estar) e a integridade daquele que é cuidado.

1.2.3. Enfermeiro actor privilegiado de conforto

Neste domínio cultural, o enfermeiro é entendido como uma pessoa – um profissional de saúde que presta cuidados – que pratica uma arte portadora de sentido para o beneficiário de cuidados (Hesbeen, 2000), neste caso, para o idoso que se encontra em situação de extrema vulnerabilidade como são a doença crónica e a condição de hospitalização (Roselló, 2009). A sua intervenção é feita sobre a totalidade do homem, como unidade indissolúvel e imerso num meio e, refere-se a tudo o que possa promover, manter ou recuperar a saúde e qualidade de vida, preocupando-se em atendê-lo nas suas dimensões e velando pelo conforto, pela doçura, pelo calor e pelos «mil e um pormenores», numa lógica totalizante de harmonia da pessoa (Hesbeen, 2000; Watson, 2002a).

Apesar dos cuidados de enfermagem se concretizarem no seio da equipa multiprofissional e da importância da complementaridade entre os diversos actores de cuidado, o reconhecimento das intervenções realizadas pelo enfermeiro permitiu dignificar o **enfermeiro como o actor privilegiado de conforto**, emergindo neste estudo, como um domínio cultural com um sentido determinado e vinculativo para a disposição de confortar. Esta visão é partilhada praticamente pelos diferentes actores intervenientes neste estudo, como constataremos. Os idosos evidenciam-no através de um discurso frontal e claro, como

podemos ver nas várias declarações significativas: “(...) os enfermeiros, sem dúvida alguma, são os que têm um papel mais importante no conforto!” (Id2); “O conforto é básico e os enfermeiros têm atenção ao básico... às pequenas coisas que confortam” (Id22); “Os enfermeiros aliviam as dores, falam connosco, estão sempre aqui... quando é preciso.” (Id5); “sabe que, até são eles que acabam por nos dar alento para continuar... isso é muito importante para o conforto!” (Id14). Também a família destaca o papel do enfermeiro na acção de conforto: “Acho que a parte humana é o principal no conforto. Aqui, os enfermeiros são o grupo de profissionais que mais confortam por todas as actividades que fazem (...), essencialmente pela relação.” (F1); “Eles aqui são espectaculares... os enfermeiros e as enfermeiras estão sempre preocupados com os doentes... ah, são os principais no conforto!” (F2). Os enfermeiros estão mais próximos dos doentes idosos, pois, o seu discurso é mais caloroso e mais acessível.

O enfermeiro é reconhecido como elemento activo e distinto no cuidado confortador havendo uma valorização global do seu papel de ajuda: “o conforto... a enfermeira é a principal, basta pensar que quando preciso de algo, de ajuda, é a enfermeira...” (Id15). O enfermeiro é entendido como um profissional de saúde, cujos cuidados se dirigem à globalidade do ser humano (Watson, 1988, 2002a). Emerge aqui a noção de resposta às diferentes necessidades da pessoa, podendo o conforto ser interpretado como a experiência de ser ajudado numa dimensão multifactorial, o que vem de encontro à Teoria do Conforto de Kolcaba (2003). A relação dos achados com a literatura existente é evidente, na medida em que o conforto ganha dimensão na enfermagem, numa resposta intencionalmente dirigida e construída na interacção entre o enfermeiro e o doente. É um dever que se fundamenta na necessidade deste último. As acções do enfermeiro emergem numa relação de cuidado. O cuidado prestado pelo enfermeiro, no âmbito de uma relação profissional, é formalizado em deveres profissionais, como resposta às necessidades dos doentes e no respeito pelos direitos dos mesmos, tendo como fim o seu bem-estar (Deodato, 2008). Para tal, nas normas deontológicas, também o Código Deontológico como princípio, na alínea c) do artigo 78.º do EOE, prescreve a excelência, enquanto forma de realizar os actos, como um dever expresso no artigo 88.º. Tal como salienta Deodato, (2008: 159), “A excelência é atingida mediante diversos mecanismos humanos relacionados com o seu agir ético”.

O conforto é considerado como uma resposta intencionalmente dirigida, uma área de intervenção no processo de cuidar em enfermagem, central na satisfação das necessidades das pessoas (Benner, 1984; Morse et al., 1997; Morse, 2000; Watson, 2002a; Apóstolo, 2009; Oliveira, 2011). Parece haver evidência da importância do papel confortador do enfermeiro nas diferentes dimensões – física, emocional, espiritual – numa lógica mais centrada nos aspectos comunicacionais e de relação. O suporte emocional do enfermeiro à família, emerge também como uma justificação para os enfermeiros serem reconhecidos pelos idosos como actores privilegiados de conforto, como o idoso reconhece: “Sabe, os

enfermeiros são muito importantes...são eles que se preocupam com a minha família e nos apoiam.” (Id19). Também, nos foi possível observar esta perspectiva: “Os familiares do doente idoso estavam sentados à beira da cama do doente que se encontrava numa situação agravada. O enfermeiro entra no quarto e um dos familiares dirige-se ao enfermeiro com as lágrimas nos olhos. O enfermeiro tocou-lhe no braço e juntos dirigiram-se para a sala de refeições. Sentaram-se um ao lado do outro e começaram a falar sobre a situação vivida.” (DC).

O conforto faz sentido quando se constitui como um suporte afectivo ao idoso e à sua família como podemos verificar: *“A idosa estava numa situação terminal. O enfermeiro estava junto da idosa e família. Esta questionava o enfermeiro sobre a situação do seu familiar. O enfermeiro permaneceu junto do doente e família e respondia às solicitações que lhe eram colocadas num tom de voz baixo e tocando várias vezes no braço do familiar.” (DC).* A relação humana revela-se fundamental para o idoso e para a sua família na construção da acção de conforto dos enfermeiros, emergindo a capacidade para constituir um apoio efectivo na situação vivenciada. Para os enfermeiros, o idoso e a família são a unidade do cuidar: *“Não podemos desligar os cuidados da família...” (EE6); “A família está ligada a tudo o que se passa com o doente... temos que ter sempre isso é conta, e aqui todos nós somos sensíveis a isso” (EE3).* Este olhar reflecte uma abordagem centrada no doente e na sua família, onde se evidencia a sensibilidade do enfermeiro para o contexto sócio-afectivo do idoso e a disponibilidade daquele para apoiar a família, fazendo mesmo questão de o demonstrar *“Sempre que saio das salas, tenho sempre a preocupação de dizer que basta tocar a campainha que vimos logo... ah... a família também sabe isso.” (EE4).*

O enfermeiro é capaz de construir um espaço onde seja possível falar acerca da situação que provoca desconforto, através da utilização de competências de relação interpessoal e de comunicação, (escutar, tocar, devolver o sentido, expressar sentimentos, ser empático, entre outros) o que vai permitir um aumento do conforto psicoespiritual (Kolcaba, 2003; Magalhães, 2009). O conforto é visto como um objectivo do trabalho dos enfermeiros e dos cuidados aos idosos, associado à forma como os enfermeiros compreendem, valorizam a situação do doente e se interrelacionam (Morse, 2000; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Oliveira, 2011). Igualmente, outros actores profissionais deste serviço reconhecem que o enfermeiro é o profissional de saúde, com uma participação mais efectiva no conforto dos idosos, como é o caso dos médicos, *“A enfermagem talvez tenha uma participação ainda mais directa no conforto dos doentes.” (M);* e dos assistentes operacionais, *“(...) acho que é um conjunto entre enfermeiros, auxiliares, médicos [que promovem o conforto]. mas o enfermeiro é o principal” (A1).* Não se verificando exclusividade nesta matéria, o enfermeiro reconhece o privilégio de confortar, *“Eu acho que [os enfermeiros] são, na verdade, quem está mais apto e promove mais conforto pela forma holística e individualizada de agir... tem a ver com as nossas competências e saberes.” (EE6).*

O conforto é “(...) uma variável que o enfermeiro pode parcialmente controlar, através de actividades de suporte, protecção ou correção dos ambientes interno e externo da pessoa” (Oliveira, 2011: 11). A condição individual de conforto é variável no tempo, na medida em que cada pessoa procura o seu equilíbrio; no entanto, tal como defende a Ordem dos Enfermeiros, (2002: 6) o estado de equilíbrio traduz-se “(...) no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural”. O conforto pode ser contextualizado como “(...) o resultado dos cuidados de enfermagem tecnicamente competentes (...)” (Magalhães, 2009: 93). O conforto assume-se como uma competência e resultado da intervenção do enfermeiro (Benner, 2001). Pelo contexto exposto, evidencia-se a visibilidade dos enfermeiros no exercício profissional, emergindo a noção de competência que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003: 246), se designa como a “capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional”, acrescentando no artigo 9.º que “O exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2002: 8).

A identidade, contextualizada na acção colectiva e o saber prático originam sentimentos de pertença que se vão construindo e que advêm de uma prática reflexiva individual e colectiva, orientada por crenças, valores, partilhas e responsabilidades. Não se trata de dar sentido aos actos isolados, mas sim de considerar o conjunto de intervenções com sentido para o idoso. É a valorização do conteúdo profissional, do contributo específico dos cuidados de enfermagem e dos profissionais que o exercem. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, para além da formação, têm um maior conhecimento global dos contextos/doentes e seus familiares e, mobilizam estratégias, que evidenciam bem-estar, de forma a otimizar os cuidados ao doente, constituindo o garante da atenção pela presença constante, como os próprios afirmam: *“Os enfermeiros são os elementos que estão mais próximos dos doentes, estamos 24 horas com eles, procuramos ter um maior conhecimento dos doentes... também, em termos da formação, estamos mais preparados para cuidar o doente... o conforto é o nosso objectivo!”* (EE6). Esta ideia é partilhada por diferentes autores quando salientam que os enfermeiros ajudam os doentes a viver os momentos de crise com conforto físico e emocional e a aceitar a realidade, preocupando-se em satisfazer os seus últimos desejos, (Martins, 2010; Sapeta, 2011; Frias, 2012).

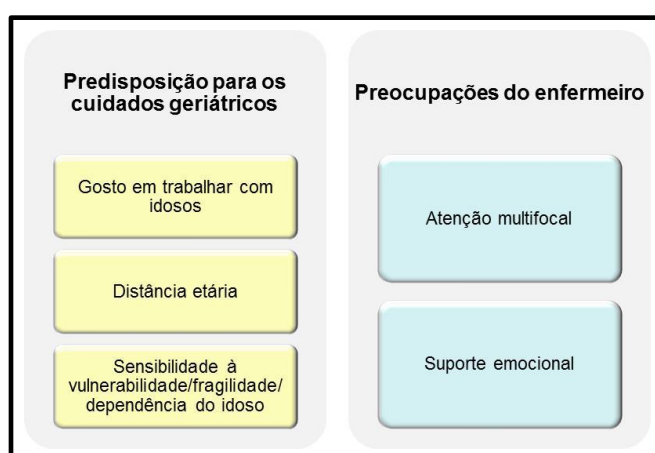
Apesar de Kolcaba (2003) considerar o cuidado de conforto um cuidado intuitivo e simples, aquele, revela-se uma arte de enfermagem, na medida em que considera a natureza subjectiva e interactiva do processo que o promove. O cuidado que conforta não só requer uma apreciação das reais e totais necessidades do idoso através da percepção objectiva e subjectiva, como também importa desenhar intervenções que o idoso que lhe

confira sentido e significado confortador. O conforto é colocado na esfera central da acção dos enfermeiros e as intervenções confortadoras assumem uma associação forte ao cuidar em enfermagem. Tal como anteriormente já referimos, o conforto, enquanto elemento de intervenção do enfermeiro, constitui um tema muito estudado e teorizado na enfermagem. Quer a literatura, quer a investigação demonstram que a intervenção de enfermagem é a acção de confortar, estando por isso indubitavelmente associada à prática de cuidados de enfermagem (Paterson & Zderad, 1976; Bottorf, 1991; Kolcaba, 1991, 1994, 2003; McIlveenn & Morse 1995; Leininger, 1988; Morse, 2000; Malinowski & Stamler, 2002; Tutton & Seers, 2004; Wilby, 2005; Mercês & Rocha, 2006; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2008, 2011; Oliveira & Lopes, 2010).

Neste domínio cultural, optámos por evidenciar os determinantes que parecem estar directa ou indirectamente relacionados com o facto dos enfermeiros se considerarem como **actores privilegiados de conforto** e, que se centram na *predisposição para os cuidados geriátricos* e *nas preocupações do enfermeiro*. Constituem-se como elementos fundadores e justificativos das actividades do enfermeiro para uma prática geriátrica confortadora. As práticas desenvolvidas pelo enfermeiro traduzem-se no fundamental, constituem um processo terapêutico interpessoal e significativo (Silva, 2006; Fernandes, 2008). Pensando no sentido que dão ao que fazem, encontra-se aqui, o que motiva e preocupa os enfermeiros na prática do cuidar geriátrico confortador, no contexto social em estudo. O recurso à narrativa biográfica dos enfermeiros permitiu o acesso ao conhecimento dos mesmos, revelando o que se relaciona com ideias, crenças, valores e vivências. Tendo por base uma visão enriquecida da vida, do idoso e dos cuidados geriátricos, o enfermeiro reconhece-se e valoriza-se a si próprio como actor de conforto na acção de cuidar geriátrico. O diagrama que se segue (diagrama 14) mostra as categorias e subcategorias que se interrelacionam com este domínio cultural significativo:

Diagrama 14 – Enfermeiro actor privilegiado como promotor de conforto:

Categorias e subcategorias



O enfermeiro é o actor privilegiado de conforto, a pessoa de referência no cuidar confortador: *“O apoio dos enfermeiros... da enfermagem (...) isso é conforto!” (Id14)*. O conhecimento de si mesmo está ligado à imagem que predispõe para a acção. As motivações/razões e as suas explicações deixam transparecer uma certa *predisposição para os cuidados geriátricos*. Este surge como uma categoria cultural determinante para a acção de cuidar dos enfermeiros, justificada por determinados elementos significativos, que constituem as subcategorias, nomeadamente, o **gosto em trabalhar com os idosos**, tal como se evidencia nos resultados de vários estudos (Cardoso, 2000; Gomes, 2002, 2009; Moniz, 2003; Cabete, 2005; Costa, 2006; Costa, 2011) e se torna claro, neste estudo, pelas diferentes asserções: *“Eu sempre gostei, (...) e gosto de trabalhar com (...) a pessoa idosa, porque o idoso (...) é uma pessoa que já viveu muito e que precisa da nossa atenção (...)” (E3)*; *“Gosto [do doente idoso] tem as suas particularidades, as suas complexidades. (...) embora, às vezes, possam parecer com a mesma patologia, possam parecer iguais, têm especificidades diferentes.” (E5)*. A satisfação pelo trabalho que desenvolvem com os idosos foi relatada do seguinte modo: *“Esta medicina é um serviço onde estão muitos idosos, é um trabalho mais exigente. (...), gosto muito de trabalhar com idosos... sempre gostei de ajudar os idosos.” (EE2)*. As vivências da infância foram significativas para os enfermeiros gostarem de pessoas idosas: *“A minha ligação aos idosos tem a ver com a minha infância... aprendi a gostar dos idosos” (E3)*. Os enfermeiros referem-se aos idosos como pessoas por quem sentem carinho: *“Os idosos são carinhosos... gosto de trabalhar com idosos... Relaciono-os com os meus familiares” (E2)*. A especial incidência das vivências com os avós parece ter tido importância para os enfermeiros gostarem de pessoas idosas e gostarem de prestar cuidados aos mesmos: *“(...) gosto dos doentes idosos na sua globalidade, para confortar há que cuidar numa visão holística... lembro-me muito do meu avô.” (EE4)*. Esta tomada de consciência relativamente às vivências de infância, particularmente com os avós, resulta de uma espécie de maturação relacional que permite à pessoa fazer uma reconstrução da sua dinâmica, mediante um atento exame de vida (Moniz, 2003). O que acontece na vida dos enfermeiros influencia e determina a sua perspectiva. São experiências fundadoras que se assumem como ligações que se estabelecem no decurso da vida e constituem-se como marcas que enriquecem a motivação para o cuidado confortador. Estes resultados reforçam os de Costa (2006), e Moniz (2003), ao perceberem que eram os enfermeiros que tinham histórias de vida e experiências positivas de proximidade com pessoas igualmente idosas, que evidenciavam maior prazer no cuidado geriátrico.

Os idosos representam um incentivo à ajuda e à solidariedade e a sua representação determina a realidade objectiva dos cuidados conducentes à promoção de conforto. Também a **distância etária** ganha expressão, tal como se evidencia nos relatos seguintes dos enfermeiros, parecendo funcionar como facilitadora da acção confortadora: *“(...) eu gosto*

deles [idosos] e gosto de trabalhar com eles. É uma idade que também me atrai!" (EE5). O aprender com a experiência de vida das pessoas idosas foi relatado: *"Motiva-me bastante trabalhar com os idosos. É um desafio, é uma faixa etária bastante interessante, é um ensino de vida porque todos eles têm um livro cheio de mensagens e só não aprende quem não quer!"* (EE6). Os enfermeiros referem-se ao idoso como uma pessoa com uma experiência de vida e um saber vivenciado pronto a partilhar e que desperta interesse: *"(...) os idosos despertam em mim essa necessidade de os conhecer mais, quais são as suas necessidades, porque são necessidades diferentes das pessoas jovens..."* (E1). A vontade e a necessidade de um maior conhecimento dos idosos, nomeadamente, das suas necessidades e potencialidades, faz com que os enfermeiros se distanciem de falsos mitos sobre os mesmos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Do discurso dos participantes percebemos que as relações de proximidade com as pessoas idosas, permitem estabelecer uma relação de confiança, tornando-se por isso mais fácil de lidar com eles: *"Começo por falar com a pessoa para saber o que fazia, com quem vive, de onde é, como é a família, o que gostam de fazer... penso que facilita a aproximação e, ajuda a descobrir as necessidades do idoso"* (EE8). O doente idoso é detentor de um potencial de experiências e conhecimentos que suscita interesse ao enfermeiro. Com o avançar da idade, as experiências são enriquecidas, o que aumenta a predisposição para o cuidar pela possibilidade de partilha. Estes achados vêm de encontro ao que é defendido por Berger & Mailloux-Poirier (1995: 162), na medida em que consideram a velhice como *"(...) uma fase normal e produtiva do desenvolvimento humano"*. Em paralelo, a identificação da **sensibilidade à vulnerabilidade/fragilidade/dependência dos idosos** expressa pelos enfermeiros, constitui um factor de motivação de cuidar e igualmente um elemento de referência para uma maior predisposição para os cuidados geriátricos confortadores: *"[os idosos] são mais vulneráveis, (...) têm várias patologias subjacentes, necessitamos estar mais atentos às suas necessidades."* (E9). A pessoa idosa com doença crónica é reconhecida como uma pessoa indefesa que necessita de ajuda: *"Aqui, são doentes predominantemente idosos, com multipatologias crónicas com grau de dependência grande (...). Motiva-me trabalhar com os idosos."* (EE6). Nos discursos dos enfermeiros, algumas características do idoso parecem ser responsáveis pelas situações que alteram, de forma permanente, o seu estado de saúde: *"Aqui neste serviço, há maioritariamente doentes idosos (...). É preciso sermos sensíveis para o grupo etário, tem características próprias... sensíveis para a sua fragilidade (...). São idosos crónicos e, isso também torna o doente, muitas vezes, mais vulnerável..."* (E6). Este aspecto evidencia uma atitude mais positiva, nestes enfermeiros, para a acção de conforto.

Collière (2003), defende que as aspirações, as motivações e os interesses podem ser condicionantes positivos ou negativos quer para quem presta cuidados, quer para quem os recebe. A representação que os enfermeiros têm dos idosos surge como polarizadora do cuidar geriátrico e contribui para evidenciar a forma como os enfermeiros encaram a interligação à pessoa idosa. Alguns estudos alertam para o facto de que a tendência ou

predisposição dos enfermeiros para os cuidados geriátricos, pode estar relacionada com a imagem positiva ou negativa que se tem da pessoa idosa (Gomes, 2002, 2009; Moniz, 2003; Cabete, 2005; Costa, 2006; Costa, 2011). A representação social da pessoa idosa sofre influência de diferentes determinantes dos quais se salientam: a rotinização dos cuidados, uma certa passividade por parte dos enfermeiros, a desvalorização da individualidade e das capacidades da pessoa idosa, entre outros (Costa, 2011).

A par da *predisposição para os cuidados geriátricos*, as motivações e as diversas razões que se conjugam encontram também sentido nas *preocupações do enfermeiro* para com a pessoa idosa e são estruturantes do percurso profissional: *“Bom, com os idosos preocupa-me várias coisas! (...) eu conseguir fazer tudo aquilo que é necessário para eles em tempo útil, (...) doentes com dependências, com pensos, precisam de ser posicionados, precisam de ser massajados, precisam de ser alimentados, tudo isso... (...)”* (E3). A expressão da preocupação dos enfermeiros assume marca particular na **atenção multifocal**, como determinante ao conforto do idoso, como podemos constatar: *“Estar atento para conhecer as suas preferências [doente], pronto, aquilo que o faz sentir melhor, tendo em conta o conforto, é a minha preocupação.”* (E1); *“Somos aqueles profissionais que atendemos aos pormenores... às pequenas coisas...”* (EE4); *“Os cuidados que realizo vão direccionados... ao doente no seu geral e atendendo às diferentes dimensões. A minha preocupação... é conhecer e dar resposta às necessidades [de conforto]”* (EE2). Parece fazer sentido referir que os enfermeiros beneficiam de oportunidades particulares para dar às suas práticas um sentido confortador, numa vertente multidimensional, (Kolcaba, 2003), tal como é perspectivado pelos enfermeiros deste estudo: *“Tenho uma preocupação variada... quero conhecer o doente (...) perguntar-lhe o nome, porque motivo é que veio à urgência, estar a falar com eles, se vivem sozinhos, se não vivem sozinhos, se têm apoio, se não têm apoio no domicílio, para me orientar para orientar os cuidados de conforto (...)”* (EE1). É a diferença do outro que faz com que cada idoso seja um ser singular cuja atenção se espalha pelas diferentes preocupações (Hesbeen, 2000), como podemos perceber pelo relato do enfermeiro: *“A minha maior preocupação (...), é saber se ele está bem, naquele momento. Se está confortável, (...) não só no ambiente físico do hospital, mas também noutros contextos... social, que também pode influenciar a pessoa naquele momento... perceber se há problemas a vários níveis... é isto que nos distingue no cuidar, dos outros profissionais...”* (E7).

Esta preocupação dos enfermeiros arrasta consigo a necessidade de reconhecer o idoso na sua singularidade e num contexto cultural que lhe é próprio. O sentido global do cuidado estende-se à família: *“A família do idoso é importante... não podemos desligar o idoso da sua família”* (EE2). É esta a visão de Leininger (1991). A pessoa representa o indivíduo, a família e o grupo cultural e, por tal, não pode ser dissociada da sua “bagagem cultural”, já que a intervenção de enfermagem deverá estar em conformidade com os valores culturais e com o estilo de vida. É da competência dos enfermeiros a construção de um processo de

cuidados centrado na pessoa. Este processo confortador decorre da acção prática e é imbuído de intencionalidade, que dá significado aos procedimentos e que permite ajuda na cura, possibilitando a recuperação das limitações da pessoa, ou seja, transformar/fazer evoluir a situação do doente e família, o que só se torna possível com um trabalho intelectual que ultrapasse a mera execução de tarefas: *“Nós [enfermeiros] devemos procurar sempre tentar descobrir o que é que preocupa mais o doente e, a partir daí, agir em conformidade, não predefinir nada sem saber as preocupações do doente. O nosso objectivo é a sua recuperação, e, conseqüentemente, o seu conforto... para tal, temos que manter um relação que nos permita conhecer o doente e saber as suas necessidades (...) que poderão ser variadas...”* (E5). São vários os estudos que demonstram a importância da relação enfermeiro/idoso como um processo de recriação conjunta do cuidado geriátrico, conduzindo a um maior conhecimento da pessoa idosa/família (Cardoso, 2000; Gomes, 2002, 2009; Costa, 2006; Serrano, 2008; Fernandes, 2010; Costa, 2011; Oliveira, 2011; **Frias, 2012**).

Concomitantemente, **o suporte emocional** encontra o seu sentido nas preocupações dos enfermeiros: *“[Os doentes] precisam de ter alguém que lhes transmita segurança, que lhes dê apoio, para que saibam que não estão sozinhos e, somos nós, os enfermeiros... estamos com eles sempre.”* (EE6); *“É importante dar o máximo de apoio emocional ao idoso... isso é conforto e distingue-nos dos outros profissionais... é estar sempre presente.”* (E4); *“Para além das necessidades a nível físico (...) [os idosos] são pessoas que também a nível emocional, psicológico, (...), precisam de muito apoio (...) durante o internamento precisamos de estar com eles (...)”* (E1). Transparece nos discursos dos enfermeiros que o apoio emocional tem como objectivo transmitir segurança, estar presente, estar com os idosos, o que na verdade, também vem de encontro às necessidades e aos desejos expressos pelo idoso, já referidos anteriormente. Trata-se de criar um ambiente positivo, de forma a mostrar ao idoso uma preocupação calorosa assente numa relação de confiança, considerada um valor positivo intrínseco e determinante na qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta forma de estar envolve sempre um processo relacional, privilegia a prestação de ajuda e valoriza o idoso como um “ser humano único” (Watson, 2002a). A este respeito, Swanson (1991), alerta para o facto de que, sendo o cuidar um fenómeno central e unificador da enfermagem, cujo objectivo é tornar possível o bem-estar, passa por adoptar uma postura e uma atitude congruente que permitam à pessoa cuidada perceber que ele próprio e as suas experiências interessam ao enfermeiro. Implica dar-se, de maneira que o outro perceba preocupação, compromisso e atenção a si próprio (Swanson, 1991).

Chalifour (2008) diz-nos que devemos reconhecer que o cuidar não poderá existir sem a presença de um laço significativo entre quem presta e quem recebe. Esta visão inspira-se na perspectiva humanista, numa valorização do aspecto relacional dos cuidados de enfermagem. Emerge aqui o sentido de situação de ajuda intencional, no contexto de

enfermagem geriátrica, como uma relação especial do cuidado humano, na medida em que a ajuda se efectiva, tal como defende Watson (2002a), quando o enfermeiro entra no campo do outro, ou seja, quando expressa sentimentos no sentido de lhe demonstrar preocupação e cuidado pela pessoa que é.

O estudo de Costa, (2006), realizado em contexto hospitalar, relativamente à concepção de cuidados aos idosos, permitiu perceber que os enfermeiros se auto-identificam com uma visão humanista dos cuidados, no qual o cuidar emerge como uma acção humana mais de natureza antropológica do que técnica. A relação de apoio ao idoso que aqui se evidencia é a relação que se deseja, a relação de ajuda na certeza de que, este querer está para além da boa vontade, permitindo cultivar as dimensões do «saber», do «saber fazer», fecundadas na do «saber ser». A verdadeira descoberta do saber estar presente, é o respeito pela pessoa humana, agora fragilizada pela condição que vivencia. São vários os teóricos que defendem esta perspectiva, evidenciando que a relação de ajuda é da competência do enfermeiro, sendo a qualidade da relação humana uma condição fundamental na eficácia dos cuidados de enfermagem (Leininger, 1988; Lazure, 1994; Hesbeen, 2000, 2006; Collière, 2003; Honoré, 2004; Watson, 2002a; Phaneuf, 2005; Chalifour, 2008; Cibanal & Sánchez, 2009; Bermejo, 2010). O uso das capacidades relacionais e emocionais no cuidar os doentes idosos permite ao enfermeiro cuidar de uma maneira integral e humanizada, procurando uma resposta conducente à sua situação, já que “ser humano é sentir”, e, para tal, é necessário ser sensível ao Outro e a si próprio (Watson, 1985: 16).

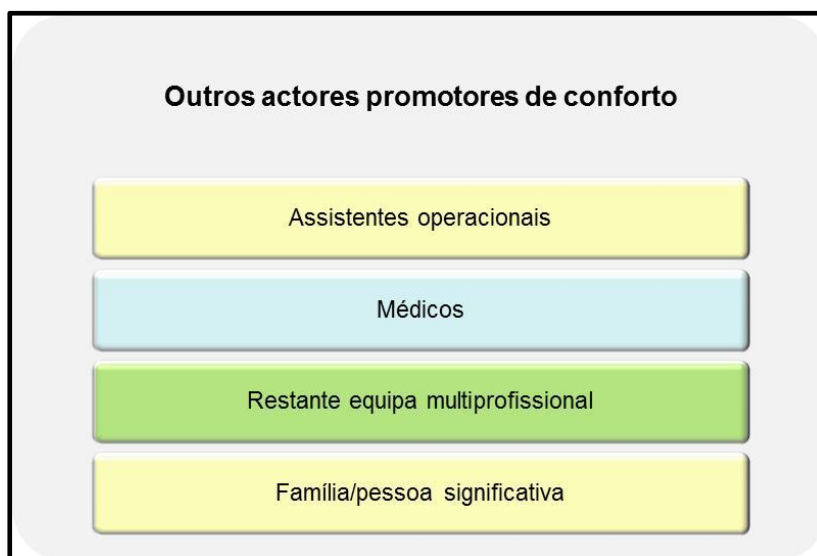
Em jeito de síntese, parece estar assumido, neste estudo, que os enfermeiros focalizam a sua intervenção na ajuda ao doente e na realização do seu projecto de saúde, tomando por foco o conforto. O papel do enfermeiro toma, assim, uma dimensão especial e fundamental nos cuidados de conforto. Percebemos que os enfermeiros beneficiam de uma forma particular de agir que procuram dar à sua prática e que se concretiza numa relação de alteridade e, que se obtém pela capacidade de encontrar sintonia com o idoso. Tal, consiste num estar aí com o outro e implica ir ao seu encontro e compreendê-lo. Realiza-se num sentido de verdadeira ajuda actuando o enfermeiro como vector de conforto, junto das pessoas idosas a quem se dirige. O comportamento é orientado por desejos, motivações e necessidades que se constituem orientadoras do desempenho. O enfermeiro revela-se no conhecimento de si próprio, nas capacidades e competências mobilizadas nos cuidados e na reflexão sobre a sua acção, o que o possibilita (re)adoptar estratégias adequadas conducentes à promoção de conforto. Evidencia-se um saber incorporado de valores, e de experiências, determinantes orientadores na trajectória profissional, numa articulação permanente entre o património de significados individuais e colectivos, situação

contextualizada por Benner (2001), sobre o desenvolvimento de competências profissionais dos enfermeiros. A relação profissional do enfermeiro é mediada por sentimentos que o aproximam do idoso e que demonstram preocupação e empenho nos cuidados que presta. A provisão do conforto parece constituir um princípio fundacional da enfermagem. Trata-se de um processo particular, que se traduz num encontro com uma pessoa que necessita de cuidados, encontro este de reconstrução permanente, na medida em que implica fazer caminho com esta pessoa, neste caso com o doente idoso hospitalizado.

1.2.4. Outros actores promotores de conforto

No serviço de medicina, apesar do enfermeiro ser reconhecido como profissional distinto de conforto pelo trabalho importante que realiza na prática confortadora, os resultados deste estudo permitiram perceber a existência de **outros actores promotores de conforto**, constituindo este facto um domínio cultural do contexto estudado. Aqui incluem-se outros elementos com intervenção na construção do conforto do idoso crónico hospitalizado, sendo tal constituído por actores/agentes de cuidados, profissionais de saúde tais como: os *assistentes operacionais*, os *médicos* e a *restante equipa multiprofissional*; e actores não profissionais, no contexto das relações sociofamiliares do idoso, como a *família/pessoa significativa*, que pode assegurar o apoio e a ajuda ou parte deles em situação de dependência, no domicílio, sendo chamados de cuidadores informais (Gomes, 2002; 2009; Martins, 2002, 2003). O diagrama 15 mostra a relação de inclusão estrita que se estabelece entre o domínio e as respectivas categorias:

Diagrama 15 – Outros actores promotores de conforto



O serviço de medicina, como unidade de produção de cuidados, reúne diferentes profissionais e saberes encontrando-se outros actores, profissionais de saúde (para além do enfermeiro), numa posição estratégica de relação com o idoso. Os diferentes profissionais de saúde emergem como agentes no cuidado confortador, tal como verificamos nas diferentes asserções dos idosos: *“As auxiliares, [assistentes operacionais] que têm uma farda de outra cor, também têm o seu papel... são importantes, pois há coisas que nós precisamos, que são com elas... também ajudam.”* (Id21); *“As auxiliares ajudam na alimentação, nos banhos... fazem as camas, essas coisas todas... claro que os enfermeiros estão sempre em cima do acontecimento...”* (Id1). Nesta unidade social, a percepção da visibilidade dos assistentes operacionais na acção confortadora é evidente na concretização de diferentes actividades que realizam e que promovem conforto (colaborar na prestação de cuidados de higiene, nomeadamente nos doentes que vão ao banho assistido, na mobilização, na massagem, na substituição das fraldas aos doentes incontinentes, entre outras) tal como consta neste relato do enfermeiro: *“As assistentes operacionais colaboram connosco em várias actividades que dão conforto, por exemplo, a alimentação, as higiènes”* (E2). Na perspectiva dos idosos internados, os assistentes operacionais apresentam-se como um grupo profissional cuja relação com o saber se encontra mais deficitária. No entanto, parece evidenciar-se uma ampla zona de intersecção com o papel do enfermeiro, bem como se percebe haver também uma maior proximidade no contacto com o idoso. Desta conjugação de esforços resulta a melhoria dos cuidados prestados ao doente e à sua família.

Relativamente aos *médicos*, os doentes parecem atribuir uma relação de poder organizador e de topo na hierarquia, dentro da equipa dos profissionais, *“O médico pode promover [conforto], estando a falar com o doente; por exemplo cinco minutos para eles é muito bom, porque o doente tem a sensação e ainda existe aquela questão que o doutor é que sabe e se ele puder sossegá-lo com umas palavras já lhe está a promover conforto.”* (E8); embora se mantenham próximos dos doentes que cuidam, pela resposta à necessidade de informação/esclarecimento que os idosos apresentam: *“os médicos explicam tudo, explicam muito bem e é importante para mim, preciso disso!”* (Id4); e os enfermeiros assim o reconhecem: *“Os médicos têm o papel de informar e esclarecer... é conforto, na minha opinião.”* (E2). A informação/esclarecimento acerca da situação clínica evidencia-se assim como razão/motivo que justifica o reconhecimento do médico como agente confortador, o que vem de encontro às necessidades já apresentadas: *“Os médicos não podem ser melhores. Explicam e também confortam! Não tenho queixas (...)”* (Id8); *“É evidente que os médicos também, [dão conforto], mas só no momento apropriado... têm que se deslocar perto de nós para nos informarem sobre a nossa situação... estão mais ligados à nossa doença... são eles que sabem o que é preciso fazer! Eles nem sempre cá estão.”* (Id2).

O idoso reconhece confiança total no médico, aspecto que se revela fundamental para o estado de conforto do doente: *“Geralmente, o meu médico chega-se ao pé de mim e pergunta como me sinto, se estou melhor ou pior... e depois, lá vai pensar sobre o nosso caso e volta, se for preciso... isso é muito importante, pois sabemos que estão preocupados connosco e temos confiança no trabalho deles, não é? isso deixa-nos mais tranquilos...”* (Id21). Parece evidenciar-se como positivo não só um sentimento de pertença de um médico em particular como de confiança e segurança, através do seu carácter e da sua imagem para com os idosos, aspectos que se constituem como promotores de conforto. A confiança emerge como instrumento confortador na medida em que, *“(...) é num clima geral de confiança que o potencial para o desenvolvimento humano é aumentado.”* (Sellman, 2006: 114). Confortar é hoje entendido como um processo que fortalece a pessoa, (Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2007; Oliveira & Lopes, 2010, Oliveira, 2011), o que vem de encontro aos resultados encontrados. Neste serviço, a equipa médica trabalha com base no diálogo e na negociação, tendo em conta a importância do trabalho de equipa, notando-se uma preocupação no que diz respeito à partilha de decisões no planeamento e na implementação dos cuidados ao doente. Todos os dias os doentes são observados pelo seu médico responsável, havendo sempre um momento para os médicos debaterem os problemas em conjunto. A partilha de informação e o planeamento de cuidados enfermeiro/médico são diários e efectivos e surgem integrados na dinâmica de equipa multidisciplinar, o que vem contribuir para a efectivação dos cuidados confortadores. Esta ideia é igualmente partilhada por alguns elementos da equipa multiprofissional: *“Acho que, no conforto, há um conjunto... entre enfermeiros, auxiliares, médicos [que promovem o conforto]. Eu acho que é um conjunto entre todos.”* (AO1); *“Os médicos são importantes, pois temos o papel de poder tranquilizar os doentes em relação à sua situação de saúde... mas todos são importantes! (...)”* (M). O médico evidencia não só uma clarificação dos conhecimentos e das aptidões especiais, como também da compreensão do valor e da sua contribuição para o estado de conforto do idoso.

Da mesma forma, a restante equipa multiprofissional assume um papel confortador, na perspectiva dos enfermeiros e dos idosos: *“Toda a equipa profissional contribui para o nosso bem-estar e conforto... claro que, como já disse, uns mais que outros mas, na verdade, todos colaboram”* (Id21); *“Aqui todos me dão conforto! Uns de uma maneira, outros de outra... Os enfermeiros, as doutoras! Graças a Deus não tenho que dizer nada!”* (Id19); *“Médicos, assistente social, as senhoras auxiliares todos promovem o conforto (...) cada com a sua área respectiva de intervenção, exactamente. Todos, toda a equipa... são importantes.”* (E3). Os idosos consideram existir uma relação positiva entre o estado de conforto e a forma como a equipa de saúde se relaciona – com simpatia – sendo esta promotora de uma aproximação relacional confortadora: *“São muito simpáticos para nós, as empregadas, os enfermeiros, senhores doutores, todos, toda a equipa... são eles que nos confortam (...)”* (Id4). O relacionamento assenta num

clima afável por parte da restante equipa multiprofissional, o que faz com que os idosos a considerem agente promotor de conforto. A forma de relacionamento constitui uma atitude favorável no estado de conforto do idoso, podendo ser demonstrativa de apoio e de disponibilidade, conducente a uma prática humanizada, (Ferreira & Dias, 2005; Gonçalves, 2008; Costa, 2011). Estes resultados encontram oposição em diferentes estudos de investigação na medida em que os profissionais de saúde, muitas vezes, não atendem às necessidades de conforto da pessoa e esquecem a importância do reconhecimento das manifestações afectivas e do respeito pela especificidade de cada pessoa (Morse, 1992; Cameron, 1993; Bottorf, 1995; Hamilton, 1989; Bécherraz, 2002a ; Bécherraz, 2002b ; Bécherraz, 2002c ; Bécherraz, 2002d ; Kolcaba & Wilson, 2002; Wilby, 2005; Silva, 2006, Yousefi, et al., 2009).

O papel da *família/pessoa significativa* na acção confortadora é, também, reconhecido, como constatamos nos diferentes relatos dos idosos *“A vinda da minha família ou de outras pessoas amigas é importante para mim... para o meu conforto...”* (Id2); *“Todos os dias vem a minha família... gosto muito que venham, sinto-me confortado!”* (Id12). Sentir-se confortado assume, por vezes, um carácter transitório: *“A minha filha, quando vem aqui, ajuda-me... conforta-me a sua presença, mas depois tem que ir embora... fico triste.”* (Id17). Também para os enfermeiros, a família é importante, pois influencia o contexto confortador e providencia o grau de ajustamento com que cada pessoa responde à sua doença *“A família ajuda muito no conforto do doente, (...) o doente tem necessidade de a ter presente... eles expressam isso... não se sente tão isolado e, reage melhor a toda a situação vivida se tiver a família aqui ao pé deles (...)”* (E5); *“A presença da família também é importante no conforto do doente... Os doentes dizem-nos isso!”* (EE5). A família é entendida como um conjunto de pessoas ligadas entre si por laços de sangue, parentesco, relações emocionais, legais ou significativas, aspectos que se assumem como uma referência de conforto e de bem-estar, na medida em que conhece melhor o doente como pessoa, o contexto familiar, económico e sociocultural, sendo-lhe reconhecida uma maior possibilidade de identificação das necessidades específicas e da resposta mais adequada, (Silva, 2006; Figueiredo, 2007; Figueiredo, 2009; Araújo, Paul & Martins, 2010). Estes achados vêm contrariar o estudo realizado por Costa, (2011), no que diz respeito às representações dos enfermeiros face ao envelhecimento e à pessoa idosa, na medida em que o autor considera existir um enfraquecimento dos laços familiares com o idoso hospitalizado, devido às alterações que se verificam não só na estrutura social e familiar, como nas próprias relações familiares.

Várias têm sido as abordagens de compreensão e de intervenção no âmbito familiar, centradas em modelos de inspiração sistémica, que consideram a família como um sistema uno, que deve ser perspectivado na sua globalidade e de forma holística. As funções

familiares são inúmeras, nelas se inclui: o gerar afecto, entre os membros da família; o proporcionar a satisfação, a aceitação pessoal, a segurança, a estabilidade e ainda o dar apoio e resposta às necessidades básicas, em situação de doença (Figueiredo, 2009). A família apresenta-se como uma entidade dinâmica, onde as relações de socialização, protecção e apoio constituem assim uma dimensão importante (Silva, 2006). Também através da nossa observação podemos perceber que a presença da família é promotora de conforto ao doente idoso: *“Os enfermeiros tinham feito a divisão para o almoço. Entrei na enfermaria. A idosa estava sentada no cadeirão, com um olhar distante. Aproximei-me e perguntei: «Como se sente?» Respondeu-me «Triste... por estar longe da família... A família faz-me muita falta... Os netinhos... são tudo para mim» Acrescentei «E costuma ter visitas?» A doente respondeu «Sim, vêm as minhas filhas... estou sempre à espera que cheguem. Elas devem estar a chegar... é um momento muito bom... que nos dá conforto. Fazem falta, mas sei que, às vezes, é complicado para elas!» Nesta altura a família dá entrada na sala/enfermaria e, de imediato, se dirigem para junto do doente, cumprimentando o idoso de forma calorosa. Depois da saudação, afastei-me!”* (DC). A interacção e a reciprocidade definem-se como recursos de intervenção de conforto. Tal como neste estudo, a investigação demonstra que a presença da família /pessoa significativa constitui-se como importante para o doente, sendo por isso evidenciada como suporte de conforto (Wilson, 2002, Kolcaba, 2003; Cabete, 2005; Yousefi, et al., 2009, Sapeta, 2011).

A doença e a hospitalização alteram o ritmo familiar (Silva, 2006; Frias, 2012). Muitas vezes, na sequência da hospitalização do idoso, a família reconhece o internamento como positivamente funcional, pois protege-a contra os efeitos causados pela agudização da doença, facilitando o processo terapêutico; no entanto, vê-se confrontada com a necessidade de alterar as suas rotinas e estilos de vida, tal como expressa o relato deste familiar: *“Tento vir todos os dias, pois sei que é muito importante para a minha mãe... mas, às vezes, é complicado para a minha vida... admito!”* (F1). Percebemos que para as famílias, a hospitalização, como consequência da agudização da condição crónica, poderá constituir uma solução causadora de sofrimento, muitas vezes violenta; no entanto, o envelhecimento nem sempre é impulsor de abandono familiar. São vários os autores que se dedicam ao estudo da família, considerando-a como um sistema que deve ser entendido em simultâneo, como cuidadora e cuidada na identificação das suas necessidades, percebendo de que forma poderá contribuir para um maior conforto e bem-estar do idoso hospitalizado.

Em síntese, reconhece-se o papel de cada grupo profissional – médicos e assistentes operacionais – como actores e agentes de conforto, que se concretiza em funções específicas e determinadas, como é o caso da transmissão de informação feita pela equipa médica aos doentes, sobre aspectos e problemas relativos às situações clínicas dos

idosos e ainda, algumas actividades realizadas pelos assistentes operacionais que se entrecruzam com funções do enfermeiro. O assistente operacional parece, na perspectiva dos idosos, ter um papel polivalente com indiferenciação de saberes. A orientação, a coordenação e a supervisão das tarefas das assistentes operacionais são da responsabilidade da enfermeira chefe e, na ausência desta, fica a cargo do enfermeiro de referência. Reconhece-se existir preocupação em clarificar e responsabilizar os enfermeiros pelos cuidados de enfermagem, a fim de uma orientação clara e delimitada da área profissional dos mesmos.

Subentende-se que a acção é inseparável da relação e que, neste contexto social, é na relação instituída pela equipa multiprofissional que o conforto assume significado, essencial à efectivação de cuidados humanistas, o que pressupõe estar implícita a humanização dos cuidados prestados. O estabelecimento de uma relação profissional de equipa é indispensável para a estrutura e para o processo de conforto. O agir confortador fica assim confinado à esfera da competência profissional, tendo em conta a sua especificidade, assumindo-se o trabalho em equipa, como complementaridade funcional, fundamental. Quer na tomada de decisão, quer na execução dos actos relativos a cada actor de cuidados, a informação sobre os resultados obtidos em cada cuidado é partilhada e discutida, o que possibilita um melhor conhecimento da situação saúde/doença do idoso com vista a um planeamento futuro do cuidado.

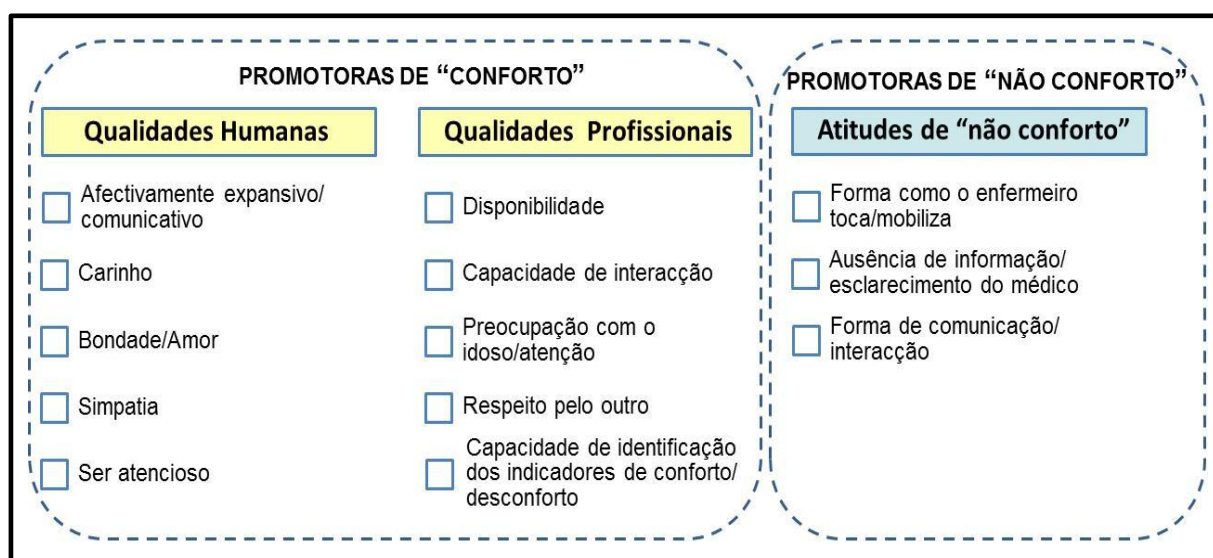
O serviço de medicina é percebido como tendo uma dinâmica própria, no qual vários profissionais de saúde vão desempenhando os seus papéis, estando o reconhecimento social associado ao prestígio e às conquistas que cada grupo vai fazendo nas suas trajectórias profissionais. Os horários de entrada e de saída dos profissionais, as características das fardas, as diferentes funções e competências e ainda a estrutura da qualidade das relações instituídas, dão sentido à dinâmica confortadora.

Igualmente, a *família/ pessoa significativa* sendo o elemento mais próximo do doente, constitui o seu principal sistema de suporte informal para o acompanhar em situação de crise e sofrimento como é o caso concreto da vivência da doença e da hospitalização. A *família/ pessoa significativa* assume uma posição de referência no conforto do idoso, embora com carácter mutável pela presença transitória da mesma, sendo, no entanto, a principal fonte de manutenção da dignidade dos idosos.

1.2.5. Maneiras de ser/estar dos actores promotoras de “Conforto/Não Conforto” psicoafectivo

A construção do processo de conforto é premiada pelas características definidoras dos actores de cuidados em presença, ou seja, pelas **maneiras de ser/estar dos actores promotoras de “conforto/não conforto” psicoafectivo**, domínio estruturante contextualizado na individualidade e na singularidade de cada um e que se relaciona com os padrões de pensar, sentir e agir. As singularidades ajudam a entender as acções realizadas pelas pessoas em determinadas situações, bem como os motivos que condicionam tais acções. Promovem assim, um “estar-em-situação”, resultado dum processo continuado da articulação entre a pessoa e o meio, condicionantes do processo de conforto, em todas as possíveis alterações que o meio e as relações proporcionam a cada indivíduo. Sobre a base das aquisições pessoais o enfermeiro constrói a competência profissional. Esta competência é tecida por numerosos fios e exige a mobilização das capacidades pessoais e dos seus saberes, estes aplicados aos cuidados de enfermagem geriátricos (Phaneuf, 2005, 2010; Bermejo, 2010). Este domínio, que apresentamos no diagrama 16, constitui um eixo estruturante da caracterização dos actores e ajuda a compreender a ligação de inclusão que estrutura e enforma os cuidados geriátricos confortadores em três categorias, as quais se relacionam com as *qualidades humanas*, as *qualidades profissionais* e as *atitudes de “não conforto”* dos actores de cuidados em presença:

Diagrama 16 – Maneiras de ser/estar dos actores promotoras de “Conforto/Não Conforto” psicoafectivo



As *qualidades humanas* são disposições, atitudes, que se assumem como padrões de estrutura dos actores de cuidados em presença e que condicionam, facilitando a estrutura e o processo confortador, evidenciando relações de inclusão estrita. Essencialmente, os idosos perspectivam as atitudes do enfermeiro, nomeadamente o **ser afectivamente expansivo/comunicativo**, como sendo um contributo essencial para a vivência de uma hospitalização positiva, com menor sofrimento e desconforto, favorecendo a adaptação à situação vivida: “Sabe, é muito bom para nós termos enfermeiros como estes, alegres e muito bem dispostos... muito meigos... são impecáveis... só não andam connosco ao colo, porque não podem!” (Id13); “Os enfermeiros são muito pacientes e muito bem dispostos!” (Id22). Esta situação foi, igualmente possível, ser observada: “«Bom dia... alegria disse o enfermeiro...!» A idosa sorriu e comentou «Ai... este enfermeiro! é só boa disposição... assim até é mais fácil estar aqui!»” (DC). A postura dos enfermeiros caracteriza-se por ser alegre e bem-disposta o que vem contribuir para o estado de conforto dos doentes idosos: “Estávamos no turno da manhã; o enfermeiro entrou na enfermaria e de forma sorridente, disse: «Bom dia, meus senhores e minhas senhoras...» Abriu as persianas e comentou «Que belo dia de sol... venha cá ver D.F.» A idosa dirigiu-se para a janela e disse «Que lindo dia... até fico mais bem disposta»” (DC). Percebemos a preocupação dos enfermeiros em relação ao ambiente relacional, no qual as relações interpessoais podem vir a estabelecer-se: “Os enfermeiros estavam a administrar a medicação aos idosos e, à medida que se dirigiam aos doentes e familiares iam conversando e rindo com estes” (DC). Ao questionarmos os enfermeiros acerca desta postura, procuramos compreender os processos vivenciados pelos mesmos ao promoverem o cuidado: “É fundamental manter este ambiente descontraído... eu gosto muito de brincar com os doentes, gosto que se sintam à vontade, criar um ambiente menos pesado.” (E12).

As qualidades humanas salientadas pelos actores e observadas referem-se a qualidades essenciais a uma relação de ajuda (Bermejo, 2010). Na prática de cuidados geriátricos, de entre as qualidades humanas significativas, a dimensão afectiva adquire contornos peculiares. O **carinho** emerge como característica definidora, como podemos constatar nos relatos que se seguem dos idosos e familiares: “(...) a forma como eu vejo que todos nós doentes somos tratados! Com muito carinho, (...), o que é essencial para quem está fora de casa e tem de estar no internamento!” (Id2); “Eles [Enfermeiros] são carinhosos... e isso é muito importante...” (Id18). “(...) saber que ela aqui estava, neste serviço, fiquei mais aliviado. Estou tranquilo, vou para casa tranquilo, sabendo que ela está bem cuidada... Ela diz-me que é bem cuidada... com carinho!” (F1). A carência afectiva percebida no dia-a-dia dos cuidados geriátricos leva ao desejo e vontade de ser acarinhado e concretiza-se na resposta positiva do enfermeiro: “(...) principalmente no hospital, com a minha doença crónica, estamos frágeis (...) precisamos muito do carinho das enfermeiras (...) isso conforta.” (Id1). Também os enfermeiros partilham desta opinião, como constatámos: “Um carinho! Dá conforto” (EE1); “Quando os doentes chegam vêm tristes e com vários desconfortos, estão prostrados... um carinho... é muito importante para o bem-estar e conforto!” (EE5).

Roach (1984, 1993) expressa o cuidar como um modo humano de ser, onde a perceptibilidade do enfermeiro acerca das alterações que a doença juntamente com o internamento desenvolve, é fundamental. Acompanhar o idoso em sentido holístico pressupõe ter a capacidade de compreender a situação do idoso/família, na qual as competências de ajuda, operacionalizadas pelas qualidades humanas, são determinantes (Bermejo, 2010). Para os idosos, o carinho, como qualidade humana que promove conforto, estende-se aos seus familiares e é igualmente valorizado: *“A minha filha vem cá visitar-me... é muito bom, dá-me carinho!”* (Id12); *“Tenho sempre a visita dos familiares. Está-se melhor, porque nos dão carinho... e isso sabe muito bem!”* (Id13). Contextualizando o cuidar geriátrico confortador percebemos que, ao longo dos turnos, os enfermeiros realizam diferentes e inúmeras actividades, procurando desempenhá-las com carinho e atenção: *“O enfermeiro, conjuntamente com a médica, dirigiu-se ao doente idoso para o informar que iria ser transferido para o Hospital da área de residência. O enfermeiro coloca a sua mão no ombro do doente e chama-o, com um tom de voz caloroso. O doente, após ter sido informado, agradeceu e, com uma lágrima no olho referiu: «Estou triste, porque já estava habituado à forma como aqui tratavam de mim... com tanto carinho e respeito... isso, para mim, é tão importante, mas lá terá que ser...»”* (DC). A investigação realizada por Carvalhais & Sousa (2007) sobre os comportamentos dos enfermeiros e o impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar, salienta que os idosos hospitalizados apreciam, positivamente, os comportamentos dos enfermeiros, os quais garantem a execução das técnicas, num contexto de amabilidade e carinho. Também a **bondade/amor** surgem como determinantes de afecto, elementos confortadores, com evidência neste estudo: *“(...) são todos bons [ajudam]! As enfermeiras e as auxiliares.”* (Id13); *“[Conforto] envolve tudo o que aqui nos é transmitido, a amizade (...).”* (Id2); *“[Conforto] é a forma como, (...) eu vejo que todos nós doentes somos tratados! (...) com muito amor, (...) o que é essencial para quem está fora de casa e tem de estar no internamento!”* (Id2); *“[Conforto] envolve (...) o amor que nos é transmitido, (...)”* (Id22). O amor pelos outros surge como uma qualidade humana essencial ao enfermeiro geriátrico (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). O amor é um sentimento de afecto ou extrema dedicação, com expressão na enfermagem reportando-se, neste caso, à forma como o enfermeiro expressa o cuidado, estando este, a “dar de Si ao Outro” nas interacções; é o cuidado nutrido com afecto, carinho e ternura (Watson, 2002; Diogo, 2006, 2012). Percebemos como nas enfermarias acontecem verdadeiros momentos de demonstração de bondade/amor. Presenciamos momentos de ajuda em que se procura dar força e animar e, por isso, confortar (Kolcaba, 2003): *“Numa enfermaria estavam três idosos. O idoso que estava mais próximo da janela estava acamado e os outros dois podiam deambular. Periodicamente, os doentes que se podiam levantar aproximavam-se da janela para ver o que se passava no exterior do hospital. No exterior havia algum movimento de carros e pessoas, para além de um jardim que se encontrava arranjado. O enfermeiro entrou na sala para realizar a higiene e, durante a mesma, convidou os idosos a descreverem ao idoso acamado o que estavam a ver na rua. O idoso acamado sorriu e agradeceu, referindo que o tinham ajudado a*

sentir-se mais próximo da vida” (DC). A beleza está na forma como o enfermeiro utiliza a sua bondade/amor ao procurar colocar-se no lugar do idoso, aproximar-se da sua essência e partilhar amor/bondade, tentar ser “o melhor dele próprio” na situação que se estava a vivenciar. O enfermeiro leva em conta a fragilidade do idoso, procura fazer a avaliação da situação e é capaz de avaliar o que tem disponível, no momento, para suprir as necessidades. Esta qualidade humana é ingrediente do cuidar geriátrico necessário ao conforto do idoso. Este cuidar é como se tratasse de “um prato” que necessita destes três ingredientes: se se souber “temperar bem”, o tempo que se passa com a pessoa deixa de ser o mais importante, pois, podemos qualificar o tempo que lhe dedicamos, valorizando-o, tendo consciência do que deve ser feito quando estamos junto da pessoa que necessita dos nossos cuidados. São gestos de amor/bondade que são gerados pela disposição e pela compreensão do outro (Silva, 2002; Bermejo, 2010).

A simpatia, como um modo de afabilidade, parece encontrar um sentido confortador na relação enfermeiro/idoso/família, sendo promotora de um ambiente positivo, tal como é expresso pelos idosos e seus familiares: *“(...) as pessoas são todas simpáticas! São simpáticas, é isso que eu preciso.” (Id13); “Muito sinceramente, eu acho que aqui 99% das pessoas são colaboradoras, são simpáticas... e, isso é fantástico, é claro que... conforta mesmo.” (F1). “A minha mãe, ela própria dialoga com as pessoas e pergunta-me se eu conheço aquela enfermeira ou a outra e quando aparece uma enfermeira que eu cumprimento, ela olha para eles e pergunta-me «conheces?», «são simpáticas» ela diz-me logo isso! E isso é muito bom” (F2).* O reconhecimento do valor relacional é enfatizado na enfermagem por Peplau (1990) e Orlando (1961), não só com o doente, mas também com as outras pessoas significativas, nomeadamente com a família (Pearson & Vaughan, 1992). Esta forma de ser/estar dos enfermeiros, que contextualiza os cuidados, não nos deixou qualquer dúvida em momento algum, já que, é parte integrante do modo de estar deste grupo profissional, assumindo um papel significativo no contexto da relação confortadora, com os doentes e familiares. Torna-se, assim, num padrão do grupo, que está presente no contacto inicial, bem como nos subsequentes e, que é promotor de um ambiente muito agradável, sendo patente no modo como os enfermeiros cumprimentam, pessoalmente, os doentes idosos, o modo como os chamam, como recebem os familiares (com um sorriso), como respondem às questões que são colocadas.

Nas características humanas, o **ser atencioso** é orientador do estado de conforto: *“(...) aqui [no serviço] sinto-me bem, confortável... (...) são bons e atenciosos.” (Id1); “Elas [enfermeiras] andam sempre aqui! É muito bom! Elas são muito boas!” (Id15).* A qualidade da presença dos enfermeiros enquanto pessoas, emerge como significativa na construção do processo de conforto. Na prática de cuidados de enfermagem o amor o afecto, o carinho ou ser atencioso, ser cuidadoso, têm sido apontados como características definidoras do cuidar

(Roach, 1993; Watson 2002a; Cibanal et al. 2003; Bermejo, 2010). Sendo a enfermagem uma profissão de ajuda, é através da qualidade das relações que se consegue compreender a verdadeira dimensão do sofrimento humano e se procura cuidar em espaços de intimidade, promovendo o estabelecimento de um ambiente humano. As investigações efectuadas definem “(...) humanismo como acção solidária e atitude de ajuda ao outro” (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008: 98). O estudo etnográfico, realizado por Cardoso (2000), com idosos hospitalizados vem de encontro a estes resultados ao salientar a importância dos comportamentos dos enfermeiros em torno das necessidades dos idosos, realçando a vertente humana dos cuidados. Os discursos dos participantes revelam e reforçam os resultados de outros estudos (Lopes, 2006; Gomes, 2009; Costa, 2011; Oliveira, 2011; Frias, 2012), os quais evidenciam as qualidades humanas como parte de um conjunto de atitudes que permitem ao enfermeiro “criar um encontro” assente na atenção ao outro, favorecendo o contacto afectivo.

Dos resultados do nosso estudo pode antever-se uma apreciação favorável das qualidades humanas nas várias atitudes relacionais do enfermeiro para com o idoso, que vão desde a demonstração de **carinho e de simpatia, de amor/bondade**, até à efectivação do **ser atencioso** numa perspectiva de amabilidade. O carinho demonstrado pela família é igualmente valorizado. Dado que os cuidados de enfermagem se desenvolvem na preocupação do maior conforto e bem-estar do idoso, as acções de protecção e de generosidade imperam pelo investimento afectivo.

O processo de conforto revela-se num processo de construção contínuo, que advém do património individual/colectivo de significados do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, ao longo da vida, onde *qualidades humanas* se entrecruzam com *qualidades profissionais*. As *qualidades profissionais*, identificadas pelos idosos/suas famílias e pelos enfermeiros, emergem como uma categoria de referência neste domínio cultural, centrado na maneira de ser/estar dos actores de cuidados promotoras de conforto psicoafectivo – concretamente dos enfermeiros – e constituem atitudes, aptidões e qualidades pessoais ou competências profissionais associadas aos saberes (teóricos, do meio, dos procedimentos) os quais se relacionam às áreas do saber-fazer, do saber ser e do saber estar.

Numa concepção de cuidados humanista, estas *qualidades profissionais* integram-se e relacionam-se com **a capacidade de identificação dos indicadores de conforto/desconforto**: “(...) quando a cara deles {doentes} fazem a expressão de dor, (...) nós depreendemos que eles têm algum desconforto associado e temos de perceber de onde é que ele vem.” (E3); “(...) o desconforto é apenas manifestado pela observação do fâcies... o doente, muitas vezes, não consegue verbalizar aquilo que tem. (...) É mesmo apenas a nossa capacidade de

identificação e preocupação em saber aquilo que, para eles [idosos], é desconforto... a observação do fâcies, é um indicador dessa situação.” (EE4). As diferentes manifestações de desconforto são evidentes, como consta dos relatos dos enfermeiros: “(...) a agitação, também é um indicador [consegue-se perceber que esse doente tem dor]” (E8).

A atenção à linguagem do corpo reveste-se de extrema importância no processo de conforto, na medida em que cada gesto, cada expressão ou mímica, cada postura se assumem como sinais que permitem compreender o doente idoso e estabelecer com ele uma ligação, um acompanhamento confortador (Hesbeen, 2004), tal como é expresso pelos enfermeiros: “(...) o facto de eles [os doentes], muitas vezes, estarem a recusar a alimentação (...) nós depreendemos que eles têm algum desconforto associado e temos de perceber de onde é que ele vem. Por exemplo, esse desconforto que eu estava a falar em termos da alimentação (...) é a primeira a ser recusada, (...) eles dizem logo...” (E3). Também a observação realizada possibilitou constatar a preocupação constante dos enfermeiros em identificarem as necessidades e as manifestações de conforto/desconforto dos idosos: “Iniciávamos o turno da noite. O enfermeiro dirigiu-se ao doente idoso para avaliar a TA e pergunta-lhe: «O que se passa Sr. J. parece estar com uma cara estranha!» O doente idoso responde «Tenho dores na perna...» O enfermeiro responde «Logo vi, vê-se na sua cara» O enfermeiro rapidamente responde: «Vou já ver o que tem para as dores... não demoro nada...»” (DC); “O enfermeiro, dirige-se ao doente que se encontrava queixoso (gemendo) e pergunta-lhe: «O que se passa?» O doente responde: «Não sei, não me sinto bem...» O enfermeiro toca no braço do doente idoso e pergunta de novo «Mas não se sente bem, como? Tem dores, o que sente?» (DC).

O reconhecimento dos indicadores de conforto como uma manifestação positiva, é determinante no processo confortador, na medida em que permite obter a percepção do estado do doente idoso, tal como referem os enfermeiros e foi possível observar: “[O doente demonstrou que estava confortável], a nível da expressão facial, (...) foi através do sorriso (...)” (E12); “Temos que perceber o que está para além daquela expressão... temos que perceber bem... há que identificar os indicadores de conforto e de desconforto... é fundamental” (EE2). No contexto em estudo percebemos que a valorização da compreensão do doente idoso é elemento integrante do cuidar confortador: “O Sr. J. estava deitado na maca, no corredor, com um rosto com uma expressão crispada. O enfermeiro pergunta-lhe: «O que se passa?» O doente idoso fixa o olhar da enfermeira e tenta pronunciar umas palavras, mas são incompreensíveis. A enfermeira volta a perguntar num tom de voz calmo: «O que precisa? Tem dores?» O doente idoso abana a cabeça esboçando um gesto negativo. O enfermeiro continua: «Não está bem aqui na maca? quer que lhe levante a cabeça?» O doente continua a tentar pronunciar algumas palavras. O enfermeiro continua: «Bem, vamos puxar o doente para cima e colocamos esta almofada mais alta.» De seguida, tapa o idoso, coloca o biombo e, pergunta de novo ao doente: «E agora está melhor?» O idoso esboça um sorriso e abana a cabeça, com um gesto afirmativo.” (DC). As narrativas revelam de forma elucidativa como o enfermeiro procura adoptar uma postura centrada na busca constante de

sinais indicativos de conforto/desconforto que se efectiva pelo uso de palavras ou frases – questionando e escutando o doente idoso – mas também por um conjunto de mensagens não verbais, que substituem a mensagem verbal, dando sentido às manifestações de agrado/desagrado do mesmo.

Para Mayeroff (1990), o valor do outro como pessoa é o alicerce de cuidar. Este cuidar confortador obriga a conhecer o idoso de forma específica, de forma implícita (subjectiva e por vezes indirecta) e explícita (directa, pela capacidade objectiva de manifestação) Esta capacidade só é possível com base na experiência da compreensão de nós próprios, pois é necessário que experienciemos aquilo que cuidamos como algo que existe para além de nós. O enfermeiro procura a globalidade da pessoa para além do que é “palpável e visível”. Tal, leva-nos a concluir que é do “ser com o outro” que se manifesta o cuidado confortador ao idoso, constituindo um eixo estruturante do processo de conforto.

No contexto determinado, o enfermeiro reconhece a importância de saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, os recursos e as habilidades com vista a percorrer o caminho que conduzirá à vivência confortadora. O enfermeiro reúne saberes e competências que lhe permitem articular o conhecimento sobre a pessoa e a circunstância (Roselló, 2009). Para tal, **a capacidade de interacção**, no âmbito das relações que se estabelecem entre os enfermeiros e os idosos, emerge como uma estratégia profissional com um objectivo específico: *“A conversa e a atenção que nos dão são das coisas que mais nos conforta.”* (Id19); *“Sabe, a atenção é o que eu mais preciso. É muito importante e aqui, eles [enfermeiros] dão-nos...”* (Id8). A interacção sugere a ideia de acção mútua, recíproca que funciona como estímulo-resposta (Costa & Jurado, 2006) revelando-se num processo consciente para o profissional de saúde, dado que é um meio e um recurso de proximidade que proporcionam o objectivo desejado: *“Eu acho que [os enfermeiros], podiam estar mais com o doente, sentados a falar com o doente! (...). Eu acho que o fazem e que o fazem bem, mas podem fazer mais e poderemos estar mais sensibilizados para essa função, que conforta.”* (EE6).

No estabelecimento de uma relação face a face, está implícito o ir ao encontro do outro com um objectivo determinado, nomeadamente no que se refere à consecução da vivência de conforto determinada pelo idoso: *“É importante... Estar com a pessoa... Com o doente! Isso é importante... importantíssimo! A disponibilidade, muitas vezes, vale mais isso do que um comprimido”* (Id7). A especificidade do processo de conforto assenta num empenhamento do próprio enfermeiro dirigido à qualidade da relação, tendo por base uma inter-relação pessoa com pessoa, facilitando assim o surgir de uma relação profissional enfermeiro/doente/família. Esta relação tem implícita uma comunicação terapêutica, já que tem como objectivo atingir o máximo de conforto, tal como é evidenciado no discurso dos

idosos e familiares: *“Para nós aqui, que estamos aqui internados, a melhor coisa que há, é (...) uma conversa que nos conforte, para a gente se sentir bem! Conforto... é através da conversa (...)”* (Id4); *“Conforto, aqui eu acho que, primeiro é o doente ter a noção... que seja correspondido... que se dê resposta às suas necessidades (...) e tem a ver com a capacidade de relação dos enfermeiros.”* (F1). Na perspectiva de Roach (1993), o cuidar é evocado como resposta a alguém ou a algo a quem se atribui importância e é representativo no agir profissional dos enfermeiros: *“(...) o facto de, por exemplo, ter ali uma meia-hora, quarenta e cinco minutos ali, a falar com o doente, porque ele está muito preocupado com uma situação, nem sempre é fácil para nós, (...) só o facto de nós estarmos ali... acho importante para o conforto (...) mostrar-me uma pessoa disponível e preocupada, acima de tudo (...) e procurar perceber o que é o doente precisa (...) em todas as dimensões (...)”* (E3). Neste contexto, a interacção que se desenvolve entre o enfermeiro e o idoso apresenta aspectos particulares, os quais se encontram associados a características peculiares do enfermeiro, do idoso e do contexto situacional.

Pelo exposto, percebemos que o enfermeiro surge como o “profissional da relação interpessoal” pela capacidade de estabelecer relações interpessoais positivas e eficientes para com os doentes idosos, aspecto que vem sendo corroborado em diferentes estudos de investigação (Gomes, 2002, 2009; Marques, 2005; Costa, 2006; Costa & Jurado, 2006; Veiga, 2007; Costa, 2011). Os enfermeiros mostram-se empenhados na comunicação com o idoso, sendo notória a espontaneidade com que interagem. As palavras de interesse, de estímulo e de encorajamento sobressaem nos discursos, associadas, a maioria das vezes, à linguagem não-verbal, como pudemos observar: *“Estamos no turno da tarde. Um enfermeiro estabelece diálogo com uma doente idosa de 78 anos quando se prepara para fazer a mudança de decúbito e pergunta-lhe, a sorrir: «Olá, D.A, como se sente?» a doente idosa responde: «Ah! (encolhe os ombros), mais ou menos. Estava melhor na minha casinha!» O enfermeiro responde falando pausadamente: «Lá isso é verdade... concordo consigo. Mas já temos a alta à vista, não é? (sorriu)» A doente idosa respondeu: «Não é que eu não gosto de todos vós, mas dorme-se melhor na nossa caminha» O enfermeiro toca no ombro da idosa sorri e diz: «Vamos virar?»”* (DC). A comunicação não-verbal feita de entoações de voz, de gestos, de expressões faciais de forma espontânea ou intencional transmitem expressões de calor humano, que torna a interacção mais humana e profunda.

O relacionamento interpessoal é levado a efeito através da comunicabilidade, que emerge como um processo essencial na enfermagem (Lopes, 2006). A relação enfermeiro/pessoa cuidada é a essência da enfermagem e implica entender e valorizar a pessoa, favorecendo o seu crescimento pessoal (Phaneuf, 2005; Cibanal & Sánchez, 2009). Pela percepção de receptividade encontrada, parece estar implícito o desejo de estabelecimento de um processo de ajuda mútua, demonstrando o enfermeiro interesse em “estar ao lado de”. Tal, efectiva-se num relacionamento interpessoal humanista que consolida o agir profissional, numa postura efectiva que se evidencia num desempenho

profissional que constitui a referência cultural do serviço: *“Aqui todos me dão muito, muito, muito, muito conforto! Elas são impecáveis! Todas as enfermeiras e enfermeiros! Não tenho nada que dizer de ninguém! Eles aparecem! Não me têm largado. Estão várias vezes perto de mim!”* (Id16).

Os resultados, como já referimos, evidenciam a necessidade, por parte dos doentes idosos, de atenção e de interesse genuíno pela sua pessoa/situação. Para os idosos, os enfermeiros demonstram **disponibilidade** e reconhecem-na como elemento que se revela como central na estrutura de conforto do idoso: *“Quando preciso de alguma coisa, chamo uma enfermeira e ela vem para o que for preciso... fico bem, confortável (...)”* (Id5). Este aspecto entrecruza-se com **a preocupação com o idoso/atenção** demonstrada pelos enfermeiros, como consta dos relatos: *“A atenção! Essencialmente atenção, (...) é conforto! E é fundamental nesta situação.”* (Id2); *“(...) os idosos precisam de muita atenção! Aqui os enfermeiros dão-nos atenção!”* (Id4). A disponibilidade requer atenção e interesse, aspectos evidenciados pelos idosos. Há um envolvimento centrado nos mesmos, que faz com que o enfermeiro saiba compreender o significado do comportamento e sentimentos que são expressos: *“Conforto é as pessoas preocuparem-se connosco, procurarem perceber o que o outro... o doente precisa. Aqui, no hospital, os enfermeiros procuram perceber o que precisamos.”* (Id2). Os discursos dos idosos e dos seus familiares focam o comportamento dos enfermeiros no processo de cuidados, evidenciando a demonstração de interesse/atenção/disponibilidade do mesmo e a criação de afinidade/cumplicidade/apoio/suporte ao idoso/família, ingredientes fundamentais na estrutura e processo de conforto: *“Os enfermeiros andam sempre aí. Sempre!”* (Id19); *“Conforto é como um olhar de aceitação... a forma como o enfermeiro entende e se relaciona...”* (F1).

A disponibilidade para escutar é uma das condições para que o idoso/família se sinta confortado, tal como se evidencia no relato de um familiar: *“É esta disponibilidade dos enfermeiros para escutar os doentes e as famílias... É uma mais-valia para o conforto.”* (F2). Na situação de fragilidade, como é o contexto situacional, a escuta tem um poder incomensurável, pois *“(...) ilumina a escuridão, mata a solidão, anula o isolamento e a exclusão; é ponte para a comunhão, satisfaz a necessidade de ser reconhecido e de se sentir vivo”* (Bermejo, 2010: 65). Não sendo a relação de ajuda exclusiva da enfermagem, ela é única na enfermagem. Com base no exposto emerge, a noção de empatia, tal como defende Bermejo (2010: 65) *“Se houvesse um modo privilegiado de traduzir empaticamente a empatia, seria na escuta activa”*.

Percebemos que os doentes com incapacidades físicas e/ou com limitações variadas, nomeadamente com dificuldades na comunicação, exigiam maior disponibilidade para serem entendidos. A disposição para manter relações horizontais, para captar o mundo dos significados é reveladora de interesse, mostrando desejo de que se está a ser acolhido no momento concreto. A disponibilidade para tal, é uma preocupação dos enfermeiros,

permitindo aos mesmos ir ao encontro do doente idoso, criando um espaço de afinidade e de reciprocidade. Perante a consciência da necessidade, os enfermeiros procuram criar condições que possam favorecer a comunicação, em primeira instância, procurando resolver os principais problemas colocados pelos doentes e seus familiares, quando a finalidade é proporcionar conforto (Bermejo, 2010), tal como procuramos demonstrar no registo que se segue: *“O enfermeiro preparava-se para iniciar o penso do doente idoso. Ao mesmo tempo, o doente refere queixas nos membros inferiores, dizendo que sente um prurido intenso. O enfermeiro valorizou as queixas do idoso e foi de imediato colocar o problema ao médico; só depois veio iniciar o procedimento previsto”* (DC). Efectivamente, constatámos uma atenção consciente, por parte dos enfermeiros, para estar próximo do doente idoso, num modo solidário e, também de se mostrar disponível, com as preocupações deste último, o que revela a procura da percepção correcta das necessidades, a fim de prestar cuidados congruentes para obtenção do maior e melhor conforto.

As respostas encontradas descobrem o valor da **capacidade de respeito pelo outro**, no processo de conforto, manifestada pelo enfermeiro através do seu comportamento e atitudes, da forma de estar e de agir para com o doente idoso tal, como nos relata este doente: *“Porque a gente, não é como diz o outro «Não quero que me dê nada mas mostra-me bom agrado». A gente, para tratar bem outra pessoa, não precisa de estar aos beijinhos! Não! É saber respeitar para ser respeitado! E aqui isso nota-se!”* (Id22). Para respeitar a pessoa idosa é importante demonstrar consideração por aquilo que a pessoa é, com toda a sua vivência, os seus sentimentos, as suas capacidades e o seu potencial. O enfermeiro reconhece a pessoa como ser único com as suas características, na forma de interacção singular com o meio ambiente: *“Há pessoas que se sentem bem com o ruído; por exemplo, eu sinto-me bem a ouvir música, portanto, dependendo da pessoa, se a pessoa prefere o silêncio, se prefere estar mais às escuras, se prefere a claridade do sol, nós abrimos as janelas, fechamos as janelas; se prefere a janela aberta para entrar um bocadinho de ar... confortar é isto, respeitar a vontade da pessoa...”* (E1). São várias as formas de demonstrar o respeito pelos direitos específicos dos idosos, como relatam estes enfermeiros: *“Estamos atentos também à parte espiritual! (...) estamos atentos às várias dimensões da pessoa e sempre que eles [doentes], ou os familiares verbalizam que querem...! A presença de um Sacerdote, ou da sua religião... podem ter!”* (E8); *“(...) [Confortar] é tentar perceber, a nível do ambiente, como é que a pessoa prefere estar (...) respeitar as preferências do doente, em termos do meio ambiente que o envolve, é muito importante”* (E1).

As diferentes formas de respeito que os enfermeiros utilizam para com o doente idoso demonstram uma preocupação clara em ir ao encontro do que é significativo e importante para ele, do que lhe possa trazer satisfação, conforto e bem-estar. Cumprimentar o doente idoso quando se iniciam os cuidados é uma forma de respeito evidenciada nos diferentes turnos, tal como observámos: *“«Boa tarde a estas senhoras!» diz o enfermeiro. São*

várias as doentes que sorriem e retribuem o cumprimento” (DC); “Ao aproximar-se do idoso que estava sentado no cadeirão, o enfermeiro toca no braço do idoso e pergunta: «Bom dia, Sr. J. como se sente hoje, dormiu bem?» O idoso responde afirmativamente” (DC). Normalmente após um cumprimento colectivo, segue-se um cumprimento particular. Tratar o doente pelo nome que deseja, traduz uma atenção individual e pode ser considerada uma forma de demonstrar ao idoso que o respeita como pessoa. A presença desta atitude e qualidade profissional nos enfermeiros, pressupõe que tenha havido um estado de desenvolvimento individual que lhes permita reconhecer os valores da dignidade do doente idoso. Idêntica posição surge em diferentes estudos, onde se conclui que o respeito pelo outro, como princípio moral básico e principal princípio ético de enfermagem, se relaciona com o cuidar e a humanização dos cuidados, já que é componente e antecedente para um cuidar humanizado (Gomes, 2002, 2009; Cardoso, 2000; Carvalhais & Sousa, 2011; Costa, 2011; Oliveira, 2011). O compromisso deontológico do enfermeiro é concreto ao expressar os elementos do compromisso profissional dos enfermeiros no qual sobressai o respeito pelos direitos das pessoas mais vulneráveis, como é o caso dos idosos crónicos hospitalizados, na medida em que, “(...) toda a acção está sujeita ao compromisso do respeito pelos direitos dos doentes” (Vieira, 2007: 101). Respeitar o idoso é aceitar a sua realidade e demonstrar-lhe verdadeira consideração pelo que ele é, independentemente do seu estado físico ou psicológico, reconhecendo a sua singularidade.

O processo de conforto expressa-se na interacção com o idoso e engloba maneiras de ser/estar dos actores – concretamente dos enfermeiros – promotoras de conforto, que se contextualizam em comportamentos, atitudes e sentimentos tais como: o envolvimento emocional, a comunicação/interacção, o diálogo, a amizade, a capacidade de empatia, a escuta activa, a atenção e o manter o respeito e a dignidade da pessoa, o que vem de encontro às perspectivas identificadas por Morse (1992), sobre a natureza do cuidar.

Concomitantemente e de forma oposta, no âmbito do domínio em questão, os resultados fazem transparecer a existência e a adopção de posturas de relação negativa, de *atitudes de “não conforto”*, como uma categoria cultural do estudo. Nesta categoria, **a forma como o enfermeiro toca/mobiliza** surge como uma atitude desconfortadora na expressão de apenas um idoso: “(...) eu fui fazer um exame, e depois, quando vim, a enfermeira pegou-me assim de repente. Foi toda bruta, parece que me torcia o corpo!” (Id15). Apesar de se reconhecer a importância do toque enquanto meio de interacção entre profissional de saúde/doente, como algo benéfico e que transmite mensagens positivas como o apoio, o desejo de encorajamento, a segurança o conforto entre outros (Rôxo, 2008; Oliveira, 2011), a utilização do toque poderá também transmitir mensagens negativas para o doente, dependendo do momento, da forma e do local onde a mesma ocorre, (Ferreira & Dias, 2005;

Rôxo, 2008). A natureza da interacção é influenciada pelo grau de activação emocional da díada enfermeiro/doente idoso.

Os enfermeiros, na sua abordagem, são os profissionais de saúde que mais recorrem ao contacto físico para realizarem determinados procedimentos e, por isso obrigados a tocar com frequência. A maturidade emocional de cada enfermeiro e a consciencialização do poder do toque na prestação de cuidados podem, assim determinar a forma como o enfermeiro se aproxima do idoso, podendo desta forma tornar difícil emergir um estado de conforto para quem é cuidado e para quem cuida. O toque é um momento privilegiado do cuidar potencialmente gerador de sentimentos entre quem toca e quem é tocado e, está para além do contacto físico; no entanto, há regras para tocar e há sítios onde nunca se deve tocar. A relação que se estabelece entre quem toca e quem é tocado não deixa indiferente quem cuida e quem é cuidado. Nesta ordem de ideias, é importante tomar consciência da aplicação do toque pelo reconhecimento deste como uma forma de transmissão de ideias e emoções, devendo ser realizado com o discernimento devido tendo em conta normas sociais e/ou culturais; aspecto que desenvolveremos mais adiante.

A ausência de informação/esclarecimento pelo médico é igualmente referenciada por um doente idoso como um factor que promove desconforto, tal como se constata na declaração que se segue: *"(...) para já [os médicos] ainda não me disseram. Estou à espera... estou ansiosa e isso faz-me sentir mal... desconforta-me."* (Id10). Tal como já evidenciámos anteriormente, a informação/esclarecimento surge como um desejo e uma necessidade importante para o idoso. A ausência de informação/esclarecimento poderá provocar determinadas alterações/reacções de sobrevivência, como se evidencia no relato anterior. Perante uma ameaça, perante o desconhecido "ausência do conhecimento" o idoso sente-se inquieto, ou mesmo com algum temor específico. Ir ao encontro dos desejos e necessidades da pessoa idosa torna-se fundamental. Neste contexto, os doentes idosos encontram-se numa situação de vulnerabilidade e de dependência que requer, do profissional de saúde, um agir ético que permite atender ao sentido que o idoso dá ao cuidado e ao seu projecto de saúde e de vida (Gomes, 2009). Também Hesbeen (2000) defende que os profissionais de saúde devem procurar o estabelecimento de uma relação de confiança recíproca, para que os doentes idosos e os seus familiares possam expressar as suas preocupações, dúvidas e receios. A transmissão da informação traz variados benefícios para os doentes idosos os quais, se manifestam numa recuperação da doença, da aceitação da mesma e da melhoria das relações (Costa, 2011). A informação/esclarecimento vai assim reduzir a incerteza, tornando mais fácil gerir as situações, tendo em atenção o carácter particular e individual de cada pessoa, o que constitui uma postura concertada em direcção ao conforto do idoso.

A forma de comunicação/interacção empreendida por alguns actores de cuidados nem sempre se revela como a mais adequada, sendo por isso considerada desconfortadora, na opinião de três doentes idosos: *“Sabe, desconforto é o mau tratamento pessoal. É andar sempre com azedume, ser tratada com três pedras na mão (...)” (Id2); “(...) tem que se ter cuidado com a forma como se fala com os doentes, (...) estamos fragilizados! (...) tenho que dizer que me magoam e causam mau estar pela forma como às vezes falam connosco...” (Id7).* É fundamental a consciencialização da comunicação que se estabelece com o idoso e a adequação dos meios utilizados, como salienta o mesmo doente idoso: *“Não é só explicar... as coisas todas se podem dizer, depende do tom com que se diz as coisas!” (Id7).* A forma como se dizem as palavras, o tom de voz, o timbre, a projecção, a articulação, a velocidade, a entoação, a repetição, entre outros elementos, poderá dar um significado diferente à mensagem que queremos transmitir (Silva, 2002; Phaneuf, 2005; Briga, 2010). No encontro com a pessoa idosa, há uma série de sinais e códigos que codificam e descodificam a interacção e que passam pela linguagem falada, a voz, o olhar, a postura ou o gesto e que poderão traduzir-se em mensagens negativas, como refere este doente idoso: *“Puseram uma máscara e aquele tubo onde se enfia por baixo da máscara, desenfiou-se! Eu fiquei sem oxigénio! Estava ali naquele corredor, levanto a cabeça e vejo uma senhora, chamei-a! E ela disse-me «Cale-se! Que eu não tenho ordens para levantar doentes!» Eu disse-lhe, «Eu não tenho oxigénio. Então está a faltar-me o ar, não tenho oxigénio!» foi-se embora. Vem de lá «Já lhe disse que se deite!». Ela podia ser assim um bocadinho melhor. Não precisava de falar assim comigo... ela podia ser assim um bocadinho melhor!” (Id22).* Na dinâmica do relacionamento geram-se sentimentos e emoções que, na perspectiva de alguns doentes idosos, podem ser negativos e conduzem ao desgaste emocional e físico, sendo por isso, causadores de desconforto. Trata-se de uma experiência emocional na qual o doente idoso se sente desrespeitado, pelo que vale a pena reflectir na forma de comunicar eficazmente/adequadamente com a pessoa idosa.

Pela nossa observação, pudemos perceber que pode acontecer a desvalorização do encontro mútuo, num relação negativa, isenta de um esforço intenso que se evidencia como necessário para compreender o doente idoso e discernir com clareza os seus desejos: *“Os enfermeiros saíram com o carro de terapêutica para administrar a medicação aos doentes. Os assistentes operacionais iniciaram a distribuição dos lanches. Dirigi, em seguida, a minha observação para a enfermaria (Sala 7): Esta enfermaria, em forma de um quadrado, tem quatro camas. Um doente estava sentado no cadeirão. Dois doentes estavam deitados na cama. Havia uma cama desocupada. Chegou a Sr^a. A.O. com o lanche e deixou-o, na mesa de apoio, junto do doente que estava sentado no cadeirão e, afastou-se, dizendo: «Está aqui o seu lanche» O doente respondeu: «Obrigada. Pode ajudar-me a abrir o iogurte?» A Sr^a. A.O. dirigiu-se de novo para junto do doente. Nada disse, abriu o iogurte e colocou a colher. Afastou-se de novo, e dirigiu-se para um dos doentes que estava deitado. Resolvi perguntar ao doente: «Precisa de mais alguma coisa?», Respondeu-me: «Talvez fosse melhor sentar-me mais direito, estou desconfortável». Ajudei a posicionar. Agradeceu e*

começou a lanchar...” (DC). A desvalorização da necessidade que aqui se evidencia pode decorrer do deficiente conhecimento do idoso.

Estudos efectuados com enfermeiros conseguem evidenciar que a linguagem corporal é uma forma de interacção interpessoal complexa, da qual se tem pouca consciência (Phaneuf, 2005; Lopes, 2006; Pereira, 2008; Sapeta, 2011). A comunicação, como já referido, ganha muito sentido na relação interpessoal, favorecendo o reconhecimento da pessoa de forma global e holística e permitindo prestar cuidados de uma forma mais humanizada e individualizante. Tal como refere Swanson (1991), *possibilitar* inclui assistir o doente na procura das suas preocupações e envolve dar informação e explicação de forma a facilitar a capacidade da pessoa para crescer. Em termos globais, podemos afirmar que a comunicação tem uma importância fulcral na interacção confortadora enfermeiro/doente; no entanto, para que se possa criar um envolvimento de influência positiva e, por isso confortadora, o processo de cuidar geriátrico requer uma intencionalidade que permitirá a descoberta de novos meios, durante a experiência de saúde-doença.

Em jeito de síntese, no encontro entre o idoso/enfermeiro e, apesar das limitações que o ambiente hospitalar possa colocar, gravitam uma série de qualidades humanas e profissionais fundadoras da relação confortadora, as quais emergem como elementos de competência fundamentais para lidar com as manifestações do processo de adaptação do doente e ajudá-lo não só a aliviar o sofrimento como também a ultrapassar de forma positiva a situação, sendo-lhes, por isso, reconhecido um efeito confortador. É na expressão consciente das qualidades humanas que se situa a base de todas as intervenções do enfermeiro. A competência integradora do enfermeiro advém da complementaridade das ferramentas humanas e profissionais. O desenvolvimento de competências interpessoais passa pelo desenvolvimento harmonioso da pessoa e insere-se num processo complexo que conjuga um conjunto de gestos, de posturas, de comportamentos e de palavras que vão evoluindo do saber para o saber-fazer e para o saber-ser e saber-estar mobilizando diferentes recursos cognitivos, afectivos e psicomotores (Carvalho, 2003; Phaneuf, 2005; Melo, 2005; Melo, 2008; Sapeta, 2011; Frias, 2012).

No “estar confortador”, o saber profissional é importante e está imbuído de determinadas ferramentas nas quais sobressai a forma de estar em relação como uma relação intersubjectiva, um processo interpessoal e recíproco determinante, combinada numa expressão de gestos e afectos que identificam o comportamento humano dos actores, em geral, e do enfermeiro, em particular. Numa polaridade oposta, alguns elementos desconfortadores parecem entrecruzar-se com as necessidades encontradas. A qualidade da relação confortadora depende, essencialmente, do *contexto dos actores*, nomeadamente

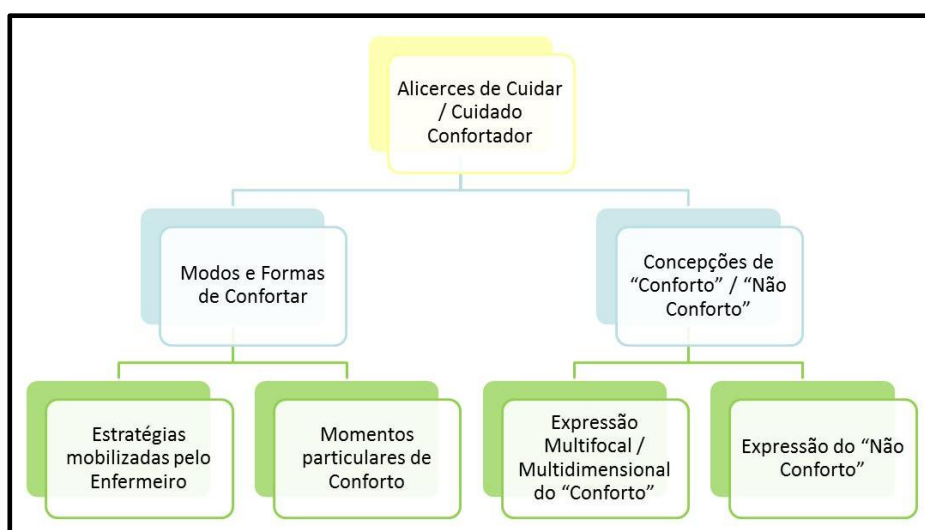
da sua **maneira de ser/estar**, entendida numa perspectiva de desenvolvimento pessoal e social dos mesmos, pelas experiências significativas vivenciadas pelas pessoas envolvidas (Morrisson, 2001; Josso, 2002; Melo, 2008; Cibanal & Sánchez, 2009), no âmbito dos cuidados geriátricos.

1.3. ALICERCES DE CUIDAR/CUIDADO CONFORTADOR

Os alicerces do cuidar/cuidado confortador são entendidos como o que sustenta e dá sentido à acção. Dar sentido à acção significa estar imbuído de um significado/significação que a determina e a perspectiva, não só pela forma como é entendida, mas também pelo sentido atribuído à prática, pela sua descrição, numa acção concertada e alicerçada num conjunto de situações de cuidados representativas de conforto (Collière, 2003). Constituem a base orientadora sobre a qual se constrói o cuidar/cuidado confortador. A compreensão do sentido atribuído à prática reside na preocupação de clarificar a estrutura conceptual do fenómeno que inclui, assim, a forma de tomar consciência da sua essência, características ou especificidades.

No contexto situacional, o processo de cuidados confortadores assenta num encontro/interacção entre os actores o qual é influenciado pelo contexto em que acontece o cuidado, onde emergem dois domínios culturais com significado e que se relacionam não só com **os modos e formas de confortar**, como também, **com as concepções de “conforto/não conforto”** as quais incluem categorias e subcategorias que estabelecem relações semânticas de inclusão restrita, pelas características, pelas representações mentais e pela intencionalidade de que são revestidas (Spradley, 1980) e que apresentamos no diagrama 17:

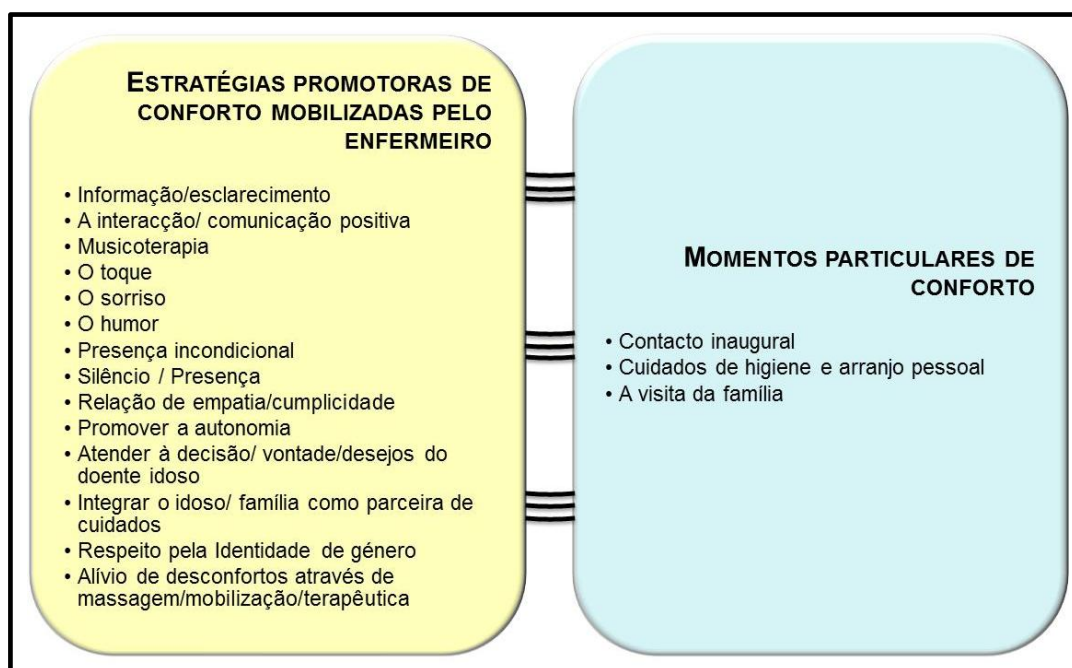
Diagrama 17 – Alicerces de cuidar/cuidado confortador: Domínios e categorias



No contexto da enfermagem, o cuidar não pode existir sem que o seu actor tenha a intenção de o pôr em prática no momento em que cuida, ou seja, no momento em que realiza e desenvolve as intervenções que procurarão dar resposta às necessidades da pessoa (Ribeiro, 2000). Articulando os aspectos que emergiram do estudo, enquanto alicerces de cuidar/cuidado confortador, **os modos e formas de confortar** contribuem para dar sentido ao processo de conforto, no âmbito da estrutura do cuidar de enfermagem geriátrico.

1.3.1. Situações representativas de cuidados conforto: modos e formas de confortar

No processo de cuidados geriátricos, as situações representativas de cuidados de conforto, **nos modos e formas de confortar**, surgem como um domínio estruturante que alicerça o cuidar/cuidado confortador que resulta das necessidades dos doentes idosos, dão corpo à estrutura confortadora e ganham consistência através da continuidade referida. Constituem-se como intervenções/estratégias individualizadas, medidas de conforto significativas da acção e de cuidados, com objectivos direccionados às necessidades apresentadas de cada doente, ou ainda, como momentos particulares de conforto, considerado este um resultado desejado dos modos e formas de confortar (Kolcaba, 2003; Oliveira, 2011). Procurámos a explicitação das situações representativas de conforto, tendo em conta a variedade da sua natureza: actividades que os enfermeiros realizavam com os idosos, o significado atribuído às mesmas, quer pelos enfermeiros, quer pelos idosos, identificando aquelas que se consideraram serem promotoras de conforto, ou ainda, outras situações/momentos particulares de vivência confortadora que podem ser suportadas pelos diferentes actores em contexto. Em função dos relatos e das constatações observadas, as situações representativas de cuidados de conforto traduzem-se em *estratégias promotoras de conforto mobilizadas pelo enfermeiro* e, *momentos particulares de conforto*, conforme procuramos representar no diagrama 18:

Diagrama 18 – Modos e formas de confortar: Categorias e subcategorias

Os modos e formas de confortar contextualizam-se no que desperta, estimula, fortalece e contribui para manter as capacidades existentes e reconquistar as que podem ser recuperadas, permitindo suportar melhor momentos de sofrimento (Collière, 2003).

De entre as *estratégias promotoras de conforto mobilizadas pelo enfermeiro* e, reconhecidas e valorizadas pelos doentes idosos e pelos enfermeiros deste estudo, o **esclarecimento/informação**, também já evidenciado como uma necessidade de conforto do idoso, emerge como principal meio para que o idoso compreenda e decida sobre o seu tratamento: *“Aqui, as pessoas, os enfermeiros... explicam as coisas muito bem e eu gosto...”* (Id4). A informação/esclarecimento tranquiliza o idoso e assume-se como determinante intervenção confortadora: *“(...) já tive soro e estou a levar ferro (...), os enfermeiros explicam-me tudo... gosto disso! (...) quando nos explicam as coisas ficamos satisfeitas... é conforto!”* (Id2). A informação é vista não só como um direito do doente mas também como um elemento vinculativo à sua liberdade que lhe traz inúmeros benefícios: *“Explicam as coisas [os enfermeiros] explicam-me bem e assim posso saber o que se passa comigo! É muito importante. Fico mais calma!”* (Id17). A informação/esclarecimento é um valor que decorre da dignidade humana implicando o reconhecimento de que, cada pessoa é autónoma nas decisões relativas a si própria e à sua vida (Martins, 2004; Martins, 2010). São vários os estudos que demonstram os benefícios da transmissão da informação clara aos doentes (Morrison, 2001; Moyle, 2003; Gomes, 2002, 2008; Costa, 2006; Briga, 2010; Saiote, 2010). Dos direitos dos doentes à informação decorre, para os profissionais de saúde o dever de informar, dos quais são exemplos os códigos deontológicos dos enfermeiros e também os dos médicos. Sabemos que a informação deve ser oferecida em conformidade com as capacidades que o doente tem de

compreender: “(...) a informação, o explicar, são estratégias que podem promover conforto, (...) ... eu acho que sim.” (E4).

O informar, relaciona-se também, com o facto de promover confiança, respeito, sinceridade e autenticidade: “(...) acho que também uma maneira de promover conforto ao doente é quando estamos a realizar a técnica de enfermagem e, estarmos a explicar, tentar dar a entender, aquilo que estamos a fazer. O facto do doente sentir confiança, sentir-se mais confiante, também faz com que se sinta mais relaxado e mais confortável.” (E5). Meireles, et al. (2010) realizaram um estudo com idosos hospitalizados cujo objectivo era verificar se os profissionais de enfermagem respeitam o direito à informação e ao exercício da autonomia dos atrás referenciados. Concluíram que a informação/esclarecimento nem sempre é viabilizada, pelo que os direitos dos idosos, relacionados com a informação e com a autonomia, não são, desta forma, respeitados pela equipa de enfermagem.

Frequentemente, os profissionais de saúde referem dificuldades em saber quais as verdadeiras necessidades de informação dos doentes/familiares, justificado pela escassez de tempo disponível e sobrecarga de trabalho. Actualmente, atitudes como o medo e o paternalismo, entre outras, – que ainda persistem em muitos profissionais de saúde – constituem constrangimentos a uma informação verdadeira e completa (Martins, 2010). Toda e qualquer informação deve ser considerada, mediante as necessidades de cada doente em particular: “Tive uma, situação (...) um doente que não deixava ser posicionado, eu expliquei-lhe qual era a razão e eu posicionava-o e ele «Ai não quero», (...) saio da sala e volto lá outra vez, «Só tento uma vez, se você me deixar», tentei uma vez e, por sorte, consegui, (...). E saí da sala, vim me embora e, passado um bocadinho disse à auxiliar para ir falar comigo para me agradecer, por causa de eu ter insistido (...) é preciso explicar também o porque é que a gente faz as coisas! (...) qualquer acto que a gente vai executar temos de explicar ao doente. Se explicarmos é mais fácil, porque eles colaboram.” (EE1). A informação é essencial pois condiciona a atitude e as decisões que o doente idoso pode tomar. O doente idoso tem direito à informação. Esta tem um efeito benéfico, para além de ser um requisito ao respeito pela autonomia, devendo por isso ser clara, aproximativa, simples e leal e, estar em consonância com a necessidade sentida pela pessoa em questão (Martins, 2004; Martins, 2007), garantindo que os doentes e seus familiares tenham informações suficientes que lhes permitam exercer um controlo sobre os seus próprios cuidados de saúde.

Parece ser importante que o doente se sinta satisfeito e confortado com a informação e, que encontre respostas às questões e dúvidas, sem que haja incongruências e contradições. Publicado na “Carta dos Deveres e Direitos dos Doentes” e noutros documentos nacionais e internacionais, a informação deve ser clara, apropriada ao

momento/situação, tendo em conta a condição clínica e psíquica, personalidade e grau de instrução do doente. Os enfermeiros têm o dever de responder aos pedidos de informação, no que se refere aos cuidados de enfermagem, o que pressupõe um envolvimento activo dos mesmos na informação ao doente (Deodato, 2008). Tal como salienta (Martins, 2010: 20), “O próprio consentimento do doente para as intervenções autónomas de Enfermagem, sempre que necessário, inscreve-se num contexto relacional que se inicia com a transmissão de todas as transmissões pertinentes relacionadas com a intervenção em causa e com a validação dessa informação”.

O direito de informação não pertence apenas ao doente; mas também aos familiares como se constata, pela unidade significativa que se segue: *“O facto de estarmos informados não só nos tranquiliza como é bom para o nosso pai saber isso...” (F2)*. A família tem necessidade de informação para compreender o que se passa e poder participar nas decisões. Tal, permite que um maior suporte e apoio ao doente (Phaneuf, 2005). É consensual que os familiares se dirijam aos enfermeiros para receber informações. Assim, os relatos dos enfermeiros e as observações mostraram-nos que o enfermeiro inclui a informação no seu quotidiano, aspecto que se revela importante para o conforto do doente idoso: *“A pessoa só pode decidir se tiver informação... é algo que deve ser partilhado, para poder haver uma tomada de decisão.” (EE3)*. Observámos que o processo informativo tem um carácter sistemático e processual, assumindo a informação uma componente indispensável nas interacções diádicas ou triádicas entre doentes/familiares e profissionais. Este processo assenta na partilha de conhecimentos no qual, a comunicação aberta e transparente com os doentes/familiares é primordial para uma interacção de sucesso. Estes achados corroboram os estudos de Gomes (2002, 2009), e de Lopes (2006). Para este último, a gestão da informação, como modo de intervenção fundamental, surge interligada à gestão de sentimentos, sendo a informação e a forma como é transmitida estratégias promotoras de conforto, pelo papel organizador que têm junto do doente/família.

A transferência de informação acontece mediante a comunicação entre enfermeiro e doente. Assim, a dimensão informativa remete-nos para a **interacção/comunicação positiva**, como modo e forma de confortar, tal como podemos ver nas asserções dos enfermeiros: *“Sei que não foi só a explicação... também o facto de estar ali a escutá-lo e conversarmos ajudou a confortá-lo...” (EE2)*; *“(...) a solidão é muito marcada aqui. [Os doentes] precisam de conversar, precisam muito de conversar... conforta-os” (EE6)*. A importância que os enfermeiros atribuem à comunicação está presente em várias situações e depoimentos. A comunicação, como essência da vida e inerente ao ser humano, traz a possibilidade de as pessoas se relacionarem, compartilhando as suas ideias, os seus pensamentos, as suas vivências, as suas angústias, os seus medos, as suas preocupações e os seus sentimentos, (Morrison, 2001), como constatamos pelo relato do enfermeiro: *“Um doente já está em*

programa de hemodiálise. A grande preocupação não era as dores que tinha, não era o estar num ambiente desconhecido que poderia alterar o seu desconforto, mas a grande preocupação dele era tentar que nós comunicássemos para o lar, para o lar avisar a clínica de hemodiálise onde ele ía habitualmente. Após uma conversa com o senhor, ele percebeu que já tinha sido tudo avisado; o senhor ficou mais confortável e, durante todo o dia, esteve muito mais calmo e foi ali apenas uns breves minutinhos para falar com ele e ele, ao início, até estava bastante agitado e, se calhar, se não fosse a conversa nós nem saberíamos qual era o motivo da agitação e o que é que estava naquele momento a incomodá-lo (...) a conversa foi para tentar perceber a situação e ele perceber que estávamos a dar resposta à sua preocupação. Ficou mais tranquilo, menos apelativo, ficou muito mais calmo.” (E7).

A comunicação constitui o denominador de todas as intervenções de enfermagem tornando-se num factor determinante na interacção e, concretamente, no desenvolvimento de uma relação terapêutica, como se constata: *“Trata-se de um doente que já estava acamado mesmo em casa há bastantes dias, percebi que conversar com ele, acerca das suas preocupações, durante a higiene e sempre que chegava perto dele, era muito importante para ele... chegou a confessar-me isso... !” (E12).* A comunicação, como processo de interacção, permite a compreensão dos outros. A comunicação aberta e clara com os doentes é fundamental para uma interacção de sucesso na construção de uma dinâmica comunicativa adequada, na qual se verifica uma harmonia entre o cuidar instrumental e comportamental (Phaneuf, 2005; Lopes, 2006; Cibanal & Sánchez, 2009): *“Nós temos um doente neste momento no serviço, que tem uma ferida com uma extensão muito grande na região sagrada, (...) compreendo que o senhor não se sinta confortável, tanto a nível físico, obviamente, porque os decúbitos são limitados, alternância dos decúbitos e mesmo porque no aspecto da actividade devido à inflamação também (...) deve ter dor. (...) confinado a uma cama com uma ferida tão grande! (...) tentar falar mais com ele, deixá-lo à vontade, para ele dizer tudo o que se sente e, poder expressar mais a fundo... ajuda no conforto...” (E9).* A relação que se estabelece constitui o eixo do cuidar/cuidado confortador.

Os enfermeiros têm consciência que a comunicação é dificultada pelo processo de senescência ou pela situação de doença do idoso: *“Apesar deles terem dificuldade em comunicar, sei que o facto de ouvirem alguém ali, a falar com eles, é muito positivo... sentem que estamos presentes; é muito importante dedicar tempo para falar e os entender.” (EE3).* É vital estabelecer um diálogo produtivo, positivo e ajustado às capacidades e às necessidades, a fim de tornar a comunicação positiva, intencionalmente adequada aos problemas dos idosos. Também na perspectiva dos doentes idosos, a interacção/comunicação positiva emerge como uma estratégia confortadora, tornando o contexto algo significativo e valorizando o momento do cuidar em enfermagem: *“(...) quando preciso vêm os enfermeiros e conversam. E isso é muito importante... sinto-me bem, conforta-me na verdade... conforta-me.” (Id6).* O cuidar geriátrico pressupõe a capacidade de comunicar, que se reveste de extrema

importância no atendimento ao idoso hospitalizado pela relação de proximidade que se consegue. Para tal, é necessário estar sempre atento não só nas palavras, mas também aos gestos, expressões e atitudes, conforme já referido. No estabelecimento de uma interação/comunicação positiva verifica-se um intercâmbio de informação e de compreensão entre as pessoas, estando implícito um processo de interpretação mútuo (Prochet & Silva, 2008). A interação/comunicação positiva emerge como a essência do bem-estar na qual é possível compreender os desejos, a forma de pensar e o agir da pessoa. Surge como uma forma de comunicação adequada que procura, intencionalmente, compreender a pessoa no seu todo, valorizando as suas vivências na unidade social onde está inserida (Saiote, 2010). Esta forma de interação/comunicação positiva enfatiza a relação interpessoal como modo de compreender o idoso na sua singularidade, favorecendo assim o seu reconhecimento.

Na procura da intencionalidade confortadora, a **musicoterapia** emerge como uma estratégia utilizada pelo enfermeiro, de proximidade, com impacto e no conforto do idoso: *“Aqui temos a preocupação de colocar música, se o doente assim o desejar... pois todos os quartos têm essa possibilidade” (EE5); “A música faz muito bem... ajuda a ultrapassar e aquece o coração... na verdade, conforta-nos” (Id11)*. Por outro lado, numa situação pontual o enfermeiro acrescenta: *“(...) lembro-me de uma altura, numa passagem de turno, que uma colega juntou alguns doentes e começou a tocar para eles! E isso tornou-os confortáveis! Eles verbalizaram isso. Foi numa parte da tarde, (...) acredito que nessa noite eles tenham descansado melhor. Foi uma estratégia que ela adoptou” (EE3)*. De acordo com um estudo de investigação realizado por Leão & Flusser (2008), junto de oito músicos portugueses e franceses, que enfocavam a experiência de levar música aos idosos institucionalizados em instituições de Longa Permanência em Portugal e França, a utilização da música tem um efeito benéfico na humanização do ambiente hospitalar, concretamente junto dos idosos institucionalizados, podendo revelar-se como promotora de conforto e de bem-estar. A música é um convite ao encontro com a pessoa, constituindo um momento singular em que o relacionamento acontece, dando “(...) suporte aos sentimentos do prazer e da felicidade (...)” (Leão & Flusser, 2008: 77). A música parece constituir um espaço para uma relação de proximidade e de reciprocidade, o que é promotor de um crescimento pessoal. A interface deste trabalho com a enfermagem é reveladora de interesse pela possibilidade de ajudar a superar possíveis obstáculos no relacionamento, contribuindo de certa forma para proporcionar momentos de prazer, de tranquilidade, de consolo e de partilha, em direcção a uma maior qualidade de vida (Leão & Flusser, 2008).

No dia-a-dia, no contexto do estudo, são vários os momentos em que a comunicação com o idoso tem lugar. Verificámos, neste serviço, que a relação que se estabelece entre

quem cuida e quem é cuidado acontece num determinado nível de compreensão e numa multiplicidade de situações, envolvendo diferentes e variados sinais que assumem um significado, ou seja, um sentido concreto. Também o toque constitui uma poderosa forma de comunicar (Watson, 2002a). Apesar de todos os componentes da comunicação serem importantes na transmissão de sentimentos, a relação estabelecida, quando se é tocado não deixa quem cuida ou quem é cuidado, indiferente. **O toque** surge, neste estudo, como uma medida e forma de confortar, sendo realçado pelos doentes: *“(...) às vezes, não é preciso falar, basta meter aqui a mão no ombro, quer dizer que nós estamos com vocês, os enfermeiros sabem bem fazer isso...sabe bem e isso conforta... de que maneira!” (Id7); “Nem é preciso falarem... basta tocar... vale muito!” (Id 20)*. Constituindo assim uma forma interactiva de conforto e, apesar do acto de tocar poder ser considerado necessário a uma determinada técnica ou procedimento (dar banho, avaliar o pulso) ele pode ser muitas vezes natural, espontâneo e afectivo, transmitindo interesse e tranquilizando o doente idoso. Importa perceber a sua importância para a prestação de cuidados confortadores, pela imensidão de sentimentos que o toque envolve e desperta (Rôxo, 2008). Também os enfermeiros enfatizam o toque e partilham desta opinião: *“Acho que é muito importante, (...) para o conforto, o toque... acalma!” (E5); “Por vezes só o toque da nossa mão sobre a mão do doente, só isso conforta... é uma estratégia de conforto...” (EE4)*. Sentir ou experienciar o toque envolve uma dimensão psicoafectiva. Podemos afirmar que, no nosso estudo, o toque surge como um instrumento que conduz a emoções empáticas e de compreensão em direcção ao bem-estar e conforto do idoso, como constatamos nas asserções, quer do enfermeiro, quer do doente idoso: *“Até o tocar da nossa mão na mão do doente, é um conforto para ele [doente] (...) um toque! O toque é uma estratégia de conforto que habitualmente fazemos.” (EE1); “O toque é um conforto... pode crer.” (Id7)*. Os actores, enfermeiros, no desempenho do seu papel, utilizam o toque como técnica de enfermagem na ajuda do doente idoso, como foi possível observar: *“Observava o enfermeiro que administrava a medicação. Inclinado sobre o doente pegou-lhe na mão e perguntou: «Continua com dores nas costas?» o doente respondeu: «Ainda tenho um pouco» O enfermeiro continuava a tocar a mão do doente, fazia gestos suaves e afirmou: «Vou ver o que lhe posso dar». Largou a mão e afastou-se do doente.” (DC)*. O tocar a mão do doente possibilitou um momento de interacção enfermeiro-doente, transmitindo a este preocupação, atenção e carinho, bem como, orientação em relação aos procedimentos de alívio da dor.

O toque, como intervenção autónoma, foi intencional e revelador de ajuda pela proximidade e envolvimento. A proximidade da morte gera uma maior procura de suporte psicoafectivo, como constatámos: *“Estávamos no turno da tarde. Observava o enfermeiro que se aproximou de um doente idoso com uma neoplasia gástrica. Era o seu terceiro internamento. O doente apresentava-se revoltado com a sua situação e estava em situação terminal. A dor tinha sido controlada pela equipa de cuidados paliativos. O idoso estava consciente e orientado mas*

evidenciava um fâcies de sofrimento. O enfermeiro aproximou-se do idoso, puxou uma cadeira, agarrou-lhe na mão e perguntou num tom de voz calmo: «Então, como se sente?». O idoso encolheu os ombros, olhou nos olhos o enfermeiro e respondeu: «Obrigada por estar aqui comigo» e apertou a mão com força ao enfermeiro.” (DC). Neste período, considerado de expressão de sentimentos variados, sabemos ser necessário assegurar o controlo de sintomas, diminuindo o sofrimento dos doentes. Para além disto, no centro de todas as atitudes a tomar, está a garantia do conforto, de alguma intimidade e tranquilidade, tentando que os idosos vivam com “plenitude” os seus últimos meses ou dias de vida e, tenham uma morte digna e serena (Casmarrinha, 2008). A experiência é inevitavelmente recíproca, pois “Toca-se para “passar” algo, mas também para “sentir” algo (...)” (Rôxo, 2008: 80). A forma como se toca pode ser reveladora de carinho, de afecto e de protecção. O toque afectivo suscita um sentimento de confiança e, é através dele que os enfermeiros manifestam o carinho em relação aos idosos. Neste sentido, o toque desempenha um papel muito importante, uma vez que facilita a interacção enfermeiro/doente e leva o doente a perceber o interesse do enfermeiro no seu conforto e/ou bem-estar.

O toque, feito num momento oportuno, pode ser extremamente útil e de grande valor terapêutico, como constatámos: *“Acompanho o enfermeiro que entra no quarto e encontra o doente com as lágrimas nos olhos. «O que se passa?» pergunta o enfermeiro à doente idosa que fica em silêncio. O enfermeiro agarra na sua mão e pergunta de novo «O que se passa... posso ajudar?» A doente mostra tristeza pela sua situação. O enfermeiro continua a fazer festas na mão da doente enquanto a escuta. Passado alguns minutos o enfermeiro diz que vai tentar saber mais notícias. A doente agradece a sua preocupação referindo «Nem sabe como lhe agradeço. Obrigada pelas suas festinhas que me consolaram muito mesmo... obrigada senhor enfermeiro» (DC).* O toque descobre-se como a intenção de confirmar as palavras, manifestando interesse, afirmando uma presença. A investigação evidencia que o toque é uma forma de comunicação não-verbal multidimensional que transmite conforto, carinho, bem-estar, sentimentos de confiança, segurança e partilha (Estabrooks & Morse 1992; Ferreira & Dias, 2005; Rôxo, 2008). No contexto do nosso estudo, o enfermeiro ao abordar o idoso, utiliza o toque numa perspectiva holística, como parte integrante das suas intervenções, constituindo-se determinante no estabelecimento da comunicação e na partilha de ideias e emoções.

Algumas unidades de registo sugerem-nos que nem sempre a comunicação verbal é a mais significativa, apontando o **sorriso** como uma estratégia confortadora: *“(...) eu costumo dizer que um sorriso na cara transmite conforto (...) o hospital é um meio de doença, de tristeza (...) acho que se podermos transformar em alegria... um sorriso, (...) isso é muito bom!” (E10).* O sorriso é uma forma de comunicação não-verbal importante pelo afecto caloroso que transmite à pessoa, tal como se verifica nesta asserção do idoso: *“(...) Há aqui enfermeiros que são maravilhosos, olhe temos aqui aquele enfermeiro que é muito risonho...” (Id4).* Apesar da expressão

facial nem sempre ser representativa do verdadeiro estado emocional e sentimental – da realidade interna da pessoa que a manifesta – a valorização das expressões faciais na interacção entre a acção desenvolvida pelos enfermeiros com as pessoas é fundamental, uma vez que constituem a forma mais comum de demonstrar emoções, tal como salienta Freitas-Magalhães & Castro (2006: 28), “O rosto fala sem que para tal seja necessário abrir a boca”. Surgindo naturalmente entrelaçado, o sorriso é um dos sinais de comunicação com sentido universal. Constitui-se como a expressão facial que melhor rompe barreiras e aproxima as pessoas, permitindo por isso estabelecer um mecanismo de vinculação entre as mesmas. Os estudos sobre o sorriso demonstram que o sorriso tem efeito na interacção social. Pode considerar-se a influência do comportamento sorriso pelo emissor na manifestação do mesmo pelo receptor, promovendo um efeito terapêutico, em pessoas que se sentem deprimidas ou pessimistas, ou ainda como uma forma de um maior relaxamento (Freitas-Magalhães, 2007a).

Apesar da existência de variados tipos de sorrisos, a investigação sobre a percepção da afectividade pelo sorriso concluiu que o sorriso fechado, também denominado por “sorriso de sedução” é o que transmite mais afectividade, sendo mais usado pelas mulheres do que pelos homens enquanto o sorriso largo é o mais espontâneo e genuíno, o que se aproxima mais do conceito de felicidade, o que aparece com mais frequência nas crianças e que exerce uma maior influência na percepção psicológica da pessoa, sendo que as mulheres retribuem o sorriso mais do que os homens em contexto de interacção social (Freitas-Magalhães, 2007a, 2007b). Decorrente da nossa observação, percebemos que o sorriso foi utilizado, frequentemente, na interacção entre os actores de cuidados e os idosos como expressão de simpatia, alegria ou ainda em situações de maior tensão para que estas sejam tornadas mais ligeiras. Percebemos que um sorriso atrai outros sorrisos; é influenciado pela relação que temos com a outra pessoa, constituindo uma demonstração da aceitação: *“O enfermeiro dirige-se para junto do doente que aguarda a chamada para a construção de um novo acesso para hemodiálise. Evidenciando um sorriso, disse ao doente: «Está na hora de irmos! tem que ser...» o doente respondeu: «Está bem, senhor enfermeiro, com esse sorriso nem posso dizer que não...» ” (DC).*

Igualmente o **humor**, no nosso estudo, foi usado intuitivamente e não de uma forma consciente, apesar de ser reconhecido como uma intervenção que conforta, pela forma como ajuda a atingir uma perspectiva mais positiva da situação: *“Também uma brincadeira, o humor ajuda a lidar com situações difíceis que é o que aqui acontece... claro que ajuda a confortar uma pessoa!” (EE1).* Percebemos que o humor é, por vezes, utilizado pela equipa de enfermagem para aprofundar a relação com o doente e ajudar a lidar com as situações, dentro do contexto do cuidado: *“Entrei no quarto individual, onde estavam dois enfermeiros. Um*

enfermeiro estava a administrar a terapêutica ao doente. O outro enfermeiro mostra-se sorridente e contava uma história... O doente dizia: «Ó senhor enfermeiro, sabe uma coisa? essa boa disposição alegra-nos, e faz-nos falta... faz-nos sentir melhor... o tempo passa mais depressa!» O enfermeiro disse: «Ainda bem... umas piadinhas de vez em quando fazem falta não é? Sabe, é alegria no trabalho!» (DC). No entanto, a apropriação do humor levanta reflexões: “Acho que o humor tem que ser muito bem aplicado, pois o doente pode pensar que estamos a gozar com ele” (EE5). O humor terapêutico é uma habilidade vital da comunicação, uma intervenção central e autónoma na enfermagem (José, 2006). A investigação realizada tem mostrado a importância do papel do humor na saúde e na vida das pessoas. Na certeza de que a individualidade da pessoa e o carácter individual e pessoal do humor determinarão a sua amplitude, o humor ocupa um lugar especial na interacção humana, com relevância no bem-estar e conforto da pessoa (José, 2006). Surge como uma estratégia positiva, na medida em que ajuda a lidar com situações complicadas e desagradáveis, ajuda a aproximar as pessoas, ajuda na partilha de sentimentos, influencia a capacidade de ter/manter a esperança, promove o relaxamento, aumenta a tolerância à dor, diminui o nível de ansiedade e de depressão, reduz o stress e o desconforto, entre outros aspectos (José, 2006). Embora possa não ser fácil a utilização do humor como intervenção terapêutica, é uma estratégia que pelos seus benefícios, deverá ser intencional em direcção ao conforto e bem-estar das pessoas cuidadas, e devidamente planeada, na medida em que exige o conhecimento do doente e da sua situação (José, 2006).

A presença incondicional emerge como uma estratégia utilizada promotora de conforto, como se evidencia nos registos que se seguem: “Percebi que não só a palavra, mas a minha presença... confortaram aquela senhora...” (E4). A qualidade da presença faz a diferença na vivência da relação confortadora: “A presença do enfermeiro, no meu ponto de vista, é [uma estratégia de conforto] importantíssima!” (E12). Também na visão dos doentes este registo é claro: “Estão sempre aqui constantemente... as enfermeiras... a presença delas faz-nos sentir bem! é incondicional” (Id14). Por outro lado, a família partilha também desta ideia quando afirma: “Importante, no conforto, é sabermos que os enfermeiros estão presentes... e aqui eles estão! A presença é fundamental... saber que estão com o doente... é confortável” (F1); “E por isso eu digo, (...) conforto é aquilo que ela [a mãe] reconheceu depois de sair daqui (...) ficou na lembrança o modo como os enfermeiros estiveram ao lado dela...” (F3). Na medida em que é a presença do outro que vai fazer o enfermeiro tomar consciência de si mesmo e do outro em todas as dimensões do seu ser, a presença embuída de proximidade afectiva assume uma importância significativa na acção confortadora: “Eu vou confortá-lo... precisam da minha companhia! A presença (...) conforta!” (E12). O cuidar confortador, como acto humano, é caracterizado pelo comportamento e por sentimentos que lhe exprime uma presença autêntica: “(...) os enfermeiros estão sempre aqui... isso é bom... conforta” (Id1); “(...) estão muito

presentes, [os enfermeiros], muito presentes... que bom! Sabe... o conforto é isso mesmo... Estar muito presente...!" (Id10). A presença tem intencionalidade e demonstra uma vivência inclusiva na medida em que é reveladora de disponibilidade para criar um ambiente positivo e simultaneamente facilitador do conforto do idoso.

O significado da presença, neste estudo, é orientador de uma ação confortadora demonstrando que o enfermeiro está incondicionalmente e de uma forma plena, aberto aos problemas e necessidades dos idosos. É uma forma de estar lá, revelando o enfermeiro uma intensidade demonstrativa de interesse, o que provoca no doente uma mudança positiva no seu estado, que conduz ao bem-estar e ao conforto (Ferreira & Dias, 2005). A presença plena, na perspectiva de Chalifour (2008), revela interesse e atenção pelo idoso e vem de encontro ao que defende Swanson (1991), de que o cuidar se revela na capacidade de "estar com", numa atitude congruente e de escuta empática.

O uso do **silêncio na presença** constitui igualmente, neste estudo, uma estratégia confortadora, tal como podemos perceber pelas declarações significativas dos enfermeiros: *"(...) uma doente mostrava uma certa preocupação. Não verbalizava, não verbalizava o que tinha (...), tinha tido um AVC (...). Havia nela uma grande preocupação pela expressão do fâcies... Fiz manhã e tarde nesse dia, e percebi o que é que estava a acontecer. Mantive-me presente na altura em que os familiares estavam. Verbalmente, também não disse nada, a única coisa que estive foi presente e a senhora, durante a tarde, o fâcies dela era completamente diferente do fâcies que tinha antes deste encontro. Parecia que a senhora estava calma, serena, não era a mesma pessoa! A minha estratégia foi estar presente... só isso! Porque nessas situações, muitas vezes, não há palavras, é mesmo só a nossa presença. Limitei-me ao silêncio e à presença e pareceu que, pelo menos, as coisas funcionaram!"* (EE4). O enfermeiro reconhece a importância de estar atento e valorizar a linguagem não-verbal do doente idoso para poder utilizar medidas de conforto conducentes às suas reais necessidades. O apelo do idoso emerge como estímulo para uma intervenção confortadora: *"Às vezes não há nada para dizer... Nós vimos ao pé do doente, porque percebemos que ele precisa de nós..."* (EE5). O silêncio na presença assume-se como uma poderosa forma de comunicação (Watson, 2002a), e, torna-se confortador, constituindo uma forma de demonstrar atenção, interesse, respeito e reconhecimento pela necessidade da pessoa (Phaneuf, 2005; Ferreira & Dias, 2005). Para além disso, constitui um espaço fecundo, pois favorece a introspecção e a reflexão, permitindo o contacto com as emoções e encorajando a pessoa a falar, facilitando, desta forma, a aproximação entre o enfermeiro e o idoso e a continuação de uma relação de ajuda. O silêncio na presença liga-nos à capacidade de estar atento, capacidade primordial no cuidar de enfermagem, o que pressupõe e implica uma necessidade de escuta. Escutar, no entender de Lazure (1994), não é de forma alguma sinónimo de ouvir, já que se pode escutar o silêncio. O silêncio é usado para comunicar o mais profundo amor e respeito quando as palavras são desnecessárias. Escutar o silêncio

constitui um instrumento essencial que cada enfermeiro deverá desenvolver, relacionado-se com a noção de dar atenção a, estar preocupado por, e satisfazer as necessidades de, (Gaut, 1983; Phaneuf, 2005; Salgueiro-Oliveira & Oliveira, 2010).

A intervenção confortadora, neste estudo, relaciona-se também com a existência de uma **relação de empatia/cumplicidade**, como podemos ver nos depoimentos dos enfermeiros: *“Quando cuido dos doentes para já [procuro] estabelecer uma boa, uma melhor relação com eles, o melhor possível, (...) relação de empatia... para os compreender melhor”* (E4). Tal, implica que o enfermeiro não esteja só fisicamente, mas com todo o seu Ser. Também os doentes partilham da mesma opinião: *“A presença de um enfermeiro, junto dos doentes, para nos escutar (...) para perceber o nosso lado... reconheço que isso é muito importante para o nosso conforto.”* (Id21). O que está em causa é a sensibilidade para a situação do doente, o que resulta numa aproximação para a compreensão dos problemas, das necessidades/desejos do idoso: *“Estar aqui é complicado... há situações que me marcam muito... pois, às vezes, os doentes ou não têm ninguém lá fora que os ajude ou têm outros problemas complicados...”* (EE6). Esta demonstração de sensibilidade, de cumplicidade e de partilha de dor, pode ser caracterizada pela compaixão, como sinónimo de um sentimento piedoso que faz com que o enfermeiro, juntamente com o doente idoso, seja capaz de construir caminho no qual se evidencie um sentido confortador, quer seja de alívio, de tranquilidade ou mesmo de transcendência em que a esperança é o principal factor de superação (Kolcaba, 2003; Diogo, 2006, 2012; Lopes, 2006).

O enfermeiro procura ajudar o idoso a compreender com clareza a realidade do contexto e adaptar-se melhor à sua situação, tal como reconhece o doente: *“Aqui, o meu enfermeiro, está atento às minhas necessidades e procura perceber o que me preocupa e o que eu preciso para lidar melhor com esta situação... isso conforta-me bastante.”* (Id6). O enfermeiro procura aperceber-se com precisão do quadro de referências interno da pessoa idosa, com o objectivo de uma melhor adaptação da mesma às exigências da situação que vive, contribuindo para uma maior satisfação do doente. Sem ignorar as circunstâncias concretas que envolvem e condicionam o encontro, o enfermeiro dá sentido ao cuidado confortador, escutando-o e apoiando-o com humanidade, procurando uma relação empática: *“(...) [os idosos] precisam muito que os escutemos e compreendamos, precisam! eu procuro perceber isso... e sei que os conforta”* (E4). A empatia é um dos requisitos mais importantes da relação de ajuda (Chalifour, 2008). Ao procurar esta compreensão, o enfermeiro procura estar em relação de ajuda, pela sua função facilitadora e potenciadora de desenvolvimento, procura ajudar o idoso – que é portador do que é essencial para o sucesso da relação de ajuda – a alcançar um maior bem-estar, um maior estado de conforto e, por isso, um maior crescimento (Phaneuf, 2005, 2010; Queiroz & Melo, 2007).

A relação de empatia/cumplicidade passa pela capacidade de uma maior compreensão do doente idoso sob um olhar atento, o que implica saber apreender e reconhecer o que, eventualmente, é significativo para cada um. No acompanhamento do outro, como ideal, a empatia exige a compreensão do que o doente vive, procurando o enfermeiro mostrar-lhe como ele é importante e como se interessa por ele. Sentindo-se acompanhado, o doente adquire uma maior capacidade de clarificação dos seus sentimentos, uma maior capacidade de identificação das suas necessidades e dos seus problemas e, ainda, uma maior capacidade de identificação dos seus recursos e potencialidades (Henriques, 2009). É uma caminhada feita em conjunto, em sintonia, que implica por isso uma reciprocidade activa, verificando-se uma congruência pela aceitação do doente idoso tal como ele é. Face à relação próxima que se estabelece durante a prestação de cuidados, o enfermeiro assume um papel fundamental na comunicação com o doente idoso, procurando ir ao seu encontro, o que possibilita e permite a compreensão das formas como cada um, vivencia os seus problemas, manifesta as suas necessidades, exprime os seus anseios e angústias.

O cuidar/cuidado confortador alicerça-se numa relação interpessoal onde está presente a intenção de uma ajuda concretizada numa intervenção capaz de **promover a autonomia** do doente idoso: *“(...) o doente é crónico e já estava acamado, em casa, há bastantes dias (...) notei esse défice no doente (...) retirá-lo da enfermaria e colocá-lo no espaço onde todos os doentes possam conviver, conversar. E promovi-lhe mais autonomia! Inclusive ele jogava dados e eu dei-lhe mais um motivo para ele se sentir em casa! Mais acomodado, (...) mais confortável!” (EE2)*. A autonomia é algo que pertence individualmente ao idoso. O enfermeiro procura ajudar o idoso a encontrar para si e em si o reforço para a sua estabilidade. Lopes (2006), no seu estudo de doutoramento, adverte que a promoção do conforto se relaciona com a promoção da autonomia que assenta, essencialmente, no respeito pela pessoa em sofrimento.

Pelas observações realizadas e relatos dos participantes percebemos que, nas decisões dos cuidados, é fundamental que os enfermeiros se preocupem em não reduzir a capacidade do doente, a fim de manter e desenvolver a sua autonomia. Estes dados corroboram com os estudos de Gomes (2002, 2009), de Veiga (2008) e de Costa, (2011). Manter a autonomia e as capacidades tem a ver com a vontade dos doentes, ou seja, com a sua decisão e é promotor de conforto e bem-estar: *“As pessoas têm a sua forma de viver, a sua personalidade os seus hábitos de vida... por isso, devemos sempre procurar saber o que é melhor para eles... são eles que nos dizem como preferem...” (EE1)*. O idoso, em situação de doença crónica e progressiva, torna-se mais frágil, apresenta uma capacidade de auto-protecção diminuída, tornando-se mais vulnerável. No contexto em questão, em que os doentes apresentam dependência e vulnerabilidade, torna-se necessário haver cuidados específicos para manter a sua autonomia e responsabilidade, os quais procurem ultrapassar as

limitações resultantes da situação de dependência, de modo a que o desenvolvimento do seu “self” não possa ser afectado.

Foi possível observar situações representativas da promoção da autonomia ao nível da acção: “A doente aproximou-se da mesa de refeição com a ajuda do enfermeiro. Este último pergunta: «Precisa da minha ajuda para partir a carne ou consegue fazer sozinha?» a doente respondeu: «Obrigada, não preciso... eu faço.»” (DC). Estimular o doente idoso a realizar sózinho as actividades para as quais tem capacidade em vez de as fazer por ele, mesmo que seja mais demorado, pode ajudá-lo a desenvolver os seus próprios recursos internos e possibilitar-lhe um aumento da autonomia e da auto-estima. Na actividade profissional, o enfermeiro, no sentido de obter o consentimento do doente, tem o dever ético e moral de proporcionar-lhe informação para que o mesmo possa tomar uma decisão informada e seja capaz de exercer a sua autonomia, tal como se constata neste relato: “O conseguirmos perguntar no final de qualquer acção nossa se o doente está confortável, é fundamental. Seja, por exemplo, a canalizar um acesso; às vezes, vou-lhe picar um acesso e esquecemo-nos que a posição do braço nem sempre é a correcta e o doente está, naquele momento, mesmo que sejam um ou dois minutos, numa posição desconfortável para ele. De algum desconforto. Temos que perguntar, saber a opinião do doente” (EE2). Com este sentido, o idoso torna-se protagonista da sua própria existência, aspecto que o mesmo refere ser importante: “Aqui, eles fazem uma coisa boa, pois procuram sempre saber como é que estamos melhor e pedem sempre essa opinião...essa colaboração” (Id8). Estes achados vão ao encontro dos achados encontrados por Gomes, (2002, 2009).

A forma e o modo dos enfermeiros avaliarem as capacidades dos doentes, passam por questionarem a pessoa idosa a fim de conhecerem a sua opinião e **atenderem à decisão/vontade/desejos do doente**, constituindo estas intervenções de conforto mobilizadas pelo enfermeiro, como consta dos relatos: “É ele [o doente] que sente, é ele que sabe! E eles, depois, acabam por me dizer, olhe estou bem assim, estou confortável, olhe não estou, se calhar, levante-me mais a perna, ponha a perna mais para a frente ou mais para trás.” (EE2); “[o doente] verbalizou, com aquelas expressões deles «Ai que bom», (...) até lhe perguntei depois, como é que queria ficar depois da massagem e ele referiu que queria ficar de costas (...) e eu deixei-o novamente de costas (...) isto é confortar...” (E1). Os enfermeiros deste estudo, ao agirem, procuram atender à vontade expressa pelo doente idoso, como observámos: “O enfermeiro aproximou-se do doente para realizar os cuidados de higiene. Questionou a doente sobre a sua vontade em ir acompanhada à casa de banho. A doente respondeu que seria muito bom e foi à casa de banho tomar o seu duche com apoio do enfermeiro, verbalizando que tinha sido um momento de satisfação e bem-estar.” (DC). A dependência de estar acamado fazia com que os enfermeiros procurassem avaliar, mais facilmente, as capacidades das pessoas idosas: “Com a

arrastadeira ainda hoje... procurei saber qual era a vontade da senhora, se conseguia fazer sozinha! Assim vemos a evolução” (E9). Na sua estrutura de cuidar, Swanson (1991) faz apelo ao “possibilitar” como uma forma de tornar o outro capaz de cuidar de si próprio. Esta forma possibilita a descoberta das dificuldades existentes, o grau de autonomia do idoso, bem como o seu potencial de recuperação. Os postulados de Watson denotam a preocupação pela liberdade de escolha, por um profundo respeito pela pessoa e pela vida humana, e enfatizam a importância da relação intersubjectiva e interpessoal enfermeiro-pessoa. O diálogo e a relação revestem-se de um sentido particular (Watson, 1988).

O enfermeiro mostra uma preocupação pelos **desejos e vontade do doente**, o que o leva a desenvolver estratégias que procurem promover o conforto do idoso: *“Aquele senhora, uma coisa que a incomodava muito em termos de conforto físico, era o ela estar constantemente muito transpirada, ter muito calor... houve situações em que, apesar de não ser altura da higiene, o simples facto de eu lhe passar, quando ela mo solicitava, uma toalhita ou um pano molhado pelo pescoço, pela cara, pelos braços, pelo torso, ela sentia-se muito mais confortável e até ficava um bocadinho mais calma e acabava por adormecer, (...)” (E4).* Na perspectiva de Watson (1988), cuidar implica consideração e respeito pela pessoa com vista à liberdade de escolha e de autonomia. O enfermeiro deverá procurar perceber a pessoa, tendo a certeza de que cada pessoa tem uma filosofia de vida e uma visão própria do mundo. Esta postura parece encontrar sentido no relato do enfermeiro: *“(...) quando realmente me apercebo que há algo de importante para a pessoa, eu, pelo menos, tento ver de que maneira posso ajudá-la nesse sentido (...) temos pessoas que, quando são minimamente independentes, e desejam ir à capela, (...) para ir assistir a uma missa, por exemplo, ou então chamar cá o senhor capelão, (...)” (E4).* De uma forma global, as lógicas de assistência ao doente hospitalizado ainda se encontram, em grande parte, aquém de uma filosofia de assistência orientada para o doente (Martins, 2003). No entanto, no contexto situacional, a procura do ponto de vista do idoso e a construção dos cuidados em torno das suas necessidades, fazem-nos acreditar que as decisões não podem ficar ao acaso. A acção do enfermeiro é sustentada pela valorização da individualidade do doente idoso: *“Confortar... é assim: o doente pediu-me uma massagem nas pernas e eu... agi com uma massagem (...)” (E1); “Nós temos por hábito promover o levantar o mais precoce possível do doente e há muitos doentes que não gostam de estar no cadeirão. Eles começam a pedir-nos logo, desde as nove da manhã, para nós os voltarmos a pôr na cama. É assim, se eu vejo realmente que o doente está com facies de dor e que não está confortável, não vou deixá-lo no cadeirão só porque lhe faz bem, na minha cabeça! Se o doente não está confortável vai para a cama nem que sejam dez da manhã! Não é? Temos de ir de encontro àquilo que ele sente!” (E2).* O cuidar geriátrico confortador é determinado pela individualidade e pela flexibilidade (Martins, 2003) e pressupõe uma aproximação holística da pessoa. Perspectivado num contexto interpessoal, de “aceitação do idoso” tal como ele é, tem por base uma relação de confiança reveladora

de interesse e de atenção às necessidades de conforto e bem-estar do doente idoso crónico, evidenciando a compreensão pelo sofrimento do mesmo e da sua família.

Os desejos e as necessidades dos idosos orientam as actividades dos enfermeiros: *“Ah, são as enfermeiras que normalmente me alimentam... eu necessito (...) metem a comida na boca. Ajudam-me, porque eu não posso” (Id8)*. A observação efectuada e o relato que se segue evidenciam essa preocupação: *“O enfermeiro entra na sala/enfermaria. A cama da doente idosa situava-se no lado esquerdo do quarto. Naquela manhã, o ambiente vivido no quarto era pouco agradável. Era um dia de calor, o ar estava abafado. Os odores provenientes de uma noite de sono de quatro doentes no mesmo quarto, eram também intensos. Ao iniciar a conversa com algumas destas doentes, várias afirmaram que sentiam necessidade de se lavarem. Na abordagem à idosa, sobre como passou a noite e como se sentia naquele momento, esta referiu: «Tenho muito calor e apetecia-me ficar mais fresca». O enfermeiro, neste momento, intervém dizendo: «Como quer realizar o banho?» A idosa referiu «Gostava de tomar banho na casa-de-banho, mas não sei se sou capaz... as pernas estão fracas e ainda me canso muito... estou um pouco cansada». O enfermeiro procura explicar e inicia um processo de negociação dos cuidados com a idosa, disponibilizando a sua ajuda para estar junto dela e a apoiar. A idosa optou por preferir tomar banho no leito e afirma: «Pois... mas se puder ser aqui na cama, agradecia». O enfermeiro inicia a preparação para dar o banho no leito” (DC)*. O trabalho mútuo é uma interacção padronizada entre o doente idoso e o enfermeiro e que se torna essencial para um resultado confortador. É evidente o processo de tomada de decisão que foi posto em prática nesta situação de cuidados e a negociação/parceria dos cuidados com o doente, de forma a respeitar as suas preferências com vista ao conforto do doente. Os enfermeiros, numa atitude centrada nas necessidades e desejos do idoso, valorizam as suas propostas, permitindo assim uma maior capacitação da pessoa, o que é fundamental para a passagem no hospital com um fim definido desejado: o regresso a casa. Podemos referir que, esta abordagem consiste num processo de crescimento e desenvolvimento conjunto, o que vem de encontro aos resultados dos estudos de Gomes (2002, 2009).

Decorrente desta ideia, o enfermeiro procura voltar-se para respostas mais ou menos complexas, inerentes às circunstâncias vividas, escolhendo utilizar a parceria em enfermagem como uma intervenção. A participação do doente no seu cuidado é fundamental para a gestão bem-sucedida da sua doença. Verifica-se uma preocupação e valorização do envolvimento e da **integração do idoso/família como parceira de cuidados** constituindo esta uma estratégia reveladora de conforto para o doente idoso, como pudemos perceber pela observação realizada: *“Estávamos no período de higiene e o enfermeiro explica à doente idosa a importância de ficar sem fralda e tentar ir à casa de banho. A doente ficou agradecida pela sugestão dada.” (DC)*. A acção conjunta e negociada enfermeiro/idoso promove o conforto do doente. O grau de dependência dos idosos é elevado, o que faz com que muitas vezes o enfermeiro preste cuidados de enfermagem,

quer se tratem de cuidados de manutenção ou reparação, sem qualquer colaboração do doente idoso. Assim, podemos apelar à estrutura e cuidar de Swanson (1991) “fazer por”, isto é, fazer pela pessoa aquilo que ela faria se pudesse.

Das observações e dos discursos dos enfermeiros ressalta que o processo de conforto passa por proporcionar os meios para os doentes cuidarem de si próprios, assumindo os enfermeiros o papel de “suporte”, quando necessário: *“Eram cerca das dez horas da manhã. O enfermeiro aproximou-se do idoso de 73 anos de idade que se encontrava acamado. Este, apresentava-se consciente, embora com limitações na mobilidade do lado esquerdo. A tijela com a papa estava em cima da mesa-de-cabeceira, deixada pela assistente operacional. «Vamos comer?» perguntou o enfermeiro. O idoso responde com um sinal afirmativo com a cabeça. O enfermeiro coloca o doente em posição adequada para tal, e pergunta «Quer que eu ajude?» o idoso volta a acenar com a cabeça, de forma consentida. O enfermeiro inicia o procedimento, à medida que ia dando de comer vai perguntando: «Então gosta? está a saber bem?». O idoso vai deglutindo devagar, com alguma dificuldade. O enfermeiro adopta uma atitude serena, calma, aguardando que o idoso vá deglutindo ao seu ritmo” (DC). Ao questionar o enfermeiro sobre esta sua atitude este justifica: “O senhor estava prostrado e eu achei que era bom estimulá-lo” (E2). Apesar do grau de dependência, os enfermeiros estimulam os doentes idosos a participar nos cuidados, especificamente no momento das mobilizações no leito, na alimentação, no levante e na administração de terapêutica. É dado espaço ao doente para decidir, como pudemos perceber: “No final de qualquer posicionamento, uma das minhas práticas, (...), é perguntar se o doente está confortável, porque, às vezes, nós posicionamos o doente e esquecemo-nos disto; mas não somos nós que estamos deitados naquela cama, não somos nós que estamos a sentir! Visualmente, estamos a seguir um posicionamento correcto, segundo as normas do posicionamento; o doente está alinhado, em almofadas, e promovemos ou tentamos evitar o aparecimento de úlceras... mas o doente é que sabe (...).” (EE2).*

As intervenções procuram promover o conforto do idoso, na medida em que são encorajadoras, possibilitam o aumento da autonomia, dos recursos internos, tendo em conta os problemas encontrados, transmitindo um sentimento de utilidade e um aumento da auto-estima. Para tal, é importante que os enfermeiros utilizem os seus conhecimentos específicos para que o doente possa assumir, de forma orientada, o papel de parceiro conferindo-lhe capacidade de decisão. A literatura alerta para a situação de que, quanto mais vulneráveis as pessoas estão, mais a dignidade e a autonomia podem ser facilmente lesadas (Gomes, 2002, 2009; Oliveira, 2011). No entanto, no contexto estudado, os enfermeiros, relativamente aos doentes que se encontram em situação mais grave ou difícil, entendem que a estimulação deve ser incentivada *“Mesmo naqueles doentes muito dependentes, procuro sempre que o doente colabore comigo, no vestir, no comer, no lavar, pois acho que para ele deve ser muito importante... deve ser mesmo importante para o seu estado de conforto”*

(EE5). A participação do doente no seu cuidado é fundamental para a gestão bem-sucedida da sua doença. O reforço positivo no sentido de mostrar que o doente é capaz leva ao “*Empowerment*” da pessoa cuidada a qual, desta forma, obtêm um maior controle sobre o seu projecto de vida e de saúde, o que também promove conforto e bem-estar (Gomes, 2009). Tal ideia vem no sentido de olhar o cuidar geriátrico confortador tendo em conta o que Swanson (1991) recomenda como categoria essencial e que diz respeito a “manter a crença”, acreditando na capacidade do idoso em ultrapassar os momentos difíceis.

Os enfermeiros desenvolvem esforços para incluir a família nos cuidados ao idoso: “O tentar também englobar a família nos cuidados, acho que também ajuda no conforto do doente, (...) acho que o doente não se sente tão isolado se tiver a família a colaborar. A família poder estar ao lado, poder também fazer alguma coisa... é bom para o doente” (EE2); “(...) a família (...) nem sempre está muito sensibilizada para poder participar! (...) dificilmente conseguimos integrar a família no cuidado a não ser no momento da alta em que possa existir algum procedimento que a família tem mesmo que fazer no domicílio. Uma simples refeição, por exemplo... dar a refeição ao seu familiar, existe, às vezes, alguma resistência! Muitas vezes, existe essa resistência!” (EE6). A hospitalização do idoso obriga a que os seus familiares alterem de alguma forma as suas rotinas e estilos de vida. Apesar disso, envolver a família nas próprias acções permite-lhes sentir que estão a fazer algo de positivo, reforçando o papel que têm na recuperação, no bem-estar e no conforto do doente (Casmarrinha, 2008). Para Watson (2002), a pessoa não pode ser separada das ligações que tem com outras pessoas, com as ideias, com os projectos, pelo que a prática de cuidados de enfermagem tem como foco central de acção o doente e a sua família, sendo esta uma peça fundamental no conforto do idoso, procurando o enfermeiro ajudar o familiar a construir a capacidade para cuidar do mesmo (Gomes, 2009): “Sim sim, [conforto está relacionado] com a presença da família... procuro estimular a sua participação nos cuidados ao seu familiar...” (E4). O processo de parceria apresenta-se como uma estratégia confortadora, o que vem corroborar os resultados do estudo de investigação desenvolvido por Gomes (2009). A construção da parceria enfermeiro/idoso/família caracteriza-se por cinco fases que se interrelacionam, tal como Gomes (2009: 231-237) verificou: (i) *Revelar-se* – dar-se a conhecer (o doente e o enfermeiro); (ii) *Envolver-se* – criar um espaço de reciprocidade e desenvolver uma relação de confiança; (iii) *Capacitar ou possibilitar* – construir uma acção conjunta para agir/decidir/responsabilizar-se nos cuidados, considerando os significados da experiência na pessoa; (iv) *Comprometer-se* – desenvolver esforços conjuntos para atingir os objectivos; (v) *Assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro* – o idoso controla o seu projecto de vida/saúde, decide o melhor caminho para si, ou a família adquire capacidade para o ajudar, revelando-se o enfermeiro como recurso.

Verifica-se que os enfermeiros revelam necessidade de caminharem com o doente idoso, ajudando-o a identificar os seus objectivos. Torna-se fundamental que o enfermeiro valorize o potencial humano numa lógica de crescimento pessoal, na medida em que a pessoa tem necessidade de ser vista de uma forma positiva, de ser aceite, compreendida e valorizada. A autonomia relaciona-se com o respeito pela individualidade de cada idoso. É importante não negligenciar a autonomia dos doentes idosos, bem como as representações que os mesmos fazem sobre o seu estado de saúde.

Outra estratégia que os enfermeiros utilizam na construção do processo confortador e que emergiu dos dados foi o **respeito pela identidade de género**. Este modo de confortar foi identificado como uma estratégia confortadora mobilizada pelo enfermeiro a pedido do idoso: *“Entramos na sala/enfermaria com quatro doentes. Uma das doentes do sexo feminino está consciente, e orientada. Os outros doentes são do sexo masculino. A doente idosa do sexo feminino refere estar incomodada por estar na sala com quatro doentes do sexo masculino e verbaliza este incómodo à filha. A filha dirige-se ao enfermeiro «Senhor enfermeiro, queria pedir-lhe um favor, a minha mãe está desconfortável nesta sala. Poderia trocá-la para outra onde houvesse só senhoras?» O enfermeiro responde, «Vamos tentar ver o que se pode fazer... esteja descansada» A equipa do turno da tarde teve essa iniciativa de fazer a mudança da doente para um quarto que estava disponível. Esta decisão causou uma grande satisfação à doente idosa. Ao questionar o enfermeiro sobre esta atitude, ele respondeu: «Tínhamos um quarto e mudamos três doentes para poder satisfazer esta necessidade de conforto. É assim que temos que proceder... estamos sensíveis a isso.”* (DC). O apelo emerge como determinativo da acção confortadora. É evidente que a diferença de género é um aspecto que, em condições de hospitalização, irá influenciar a privacidade do idoso, na medida em que se verifica uma maior exposição do doente, aquando dos cuidados prestados, havendo por isso um maior constrangimento do mesmo: *“Há conforto a vários níveis e acho que, o respeito pelo pudor da pessoa é fundamental. Um caso muito recente foi ontem. Temos uma doente que está consciente, está orientada e que está de facto numa sala em que ela é a única senhora, os outros doentes são homens. E ela sente-se um bocadinho incomodada com esse ambiente. Rapidamente, a minha equipa teve essa iniciativa de fazer a mudança da doente para um quarto que estava disponível.”* (EE6). A despersonalização, que surge com a hospitalização e com a realização de diferentes técnicas/cuidados/procedimentos íntimos, contribui para a constante invasão à privacidade da pessoa, pelos profissionais de saúde (Martins, 2009). Constitui um processo que pode conduzir à desarmonia interna, pelo que se torna fundamental não só o seu reconhecimento, como o reconhecimento do doente e da sua singularidade, não podendo esquecer que o género pode influenciar as relações a nível hospitalar.

O enfermeiro reconhece que o doente tem direito à sua privacidade para satisfazer as suas necessidades, tem direito a estar num local digno e adequado para o seu

atendimento, tal como relata: *“Sempre que podemos colocamos os doentes nas enfermarias, segundo o sexo... ou seja, se entra um doente do sexo masculino, juntamo-lo com os homens... a privacidade é com certeza muito maior”* (EE1). Também foi possível constatar esta preocupação: *“Num quarto de enfermaria com quatro camas, três delas com doentes do sexo masculino e uma das camas com uma doente do sexo feminino com o diagnóstico de AVC hemorrágico. A idosa apresentava alguns períodos de desorientação espaço-temporal. Com frequência, a doente retirava o lençol para trás, ficando exposta, apesar de lhe ter sido vestida uma camisa. Após várias observações, foi possível identificar a atitude de uma AO que comentava: «Não tem vergonha de estar sempre a destapar-se, tem homens neste quarto...» O enfermeiro procurou intervir de seguida, longe da doente, procurando esclarecer a situação junto da AO e explicar a razão do comportamento da doente idosa e, logo que foi possível, a doente foi transferida para outra sala/enfermaria onde estavam doentes do sexo feminino.”* (DC). A sensibilidade e a compreensão na preservação da privacidade e da intimidade corporal da doente idosa respeitam um dos princípios éticos que norteiam o agir profissional. Proteger a invasão da privacidade foi notório neste serviço. De forma a não expôr demasiado a pessoa ou mesmo o seu corpo, tal como é defendido pela Ordem dos Enfermeiros (2011), foram colocados biombos durante os cuidados. Proteger e respeitar a intimidade da pessoa é um dever inscrito no artigo 86º do Código Deontológico do Enfermeiro. É com este sentido que o exercício de enfermagem se dirige a cada pessoa individualmente no respeito pela integridade física da pessoa, ou seja, pela protecção do corpo, considerado como um dever do enfermeiro (Deodato, 2008).

No contexto situacional em estudo, o enfermeiro adopta um sentido de busca de informação, através do olhar, da escuta e da interrogação e procura tomar decisões alicerçadas na compreensão que obtém da pessoa e da situação, reagindo de uma forma autêntica às suas confidências e apoiando-se nos valores que orientam a sua prática. Watson (2002a) corrobora esta ideia ao afirmar que é através da percepção da “sensibilidade para consigo e com os outros” que o enfermeiro se torna capaz de identificar situações que poderão interferir na intimidade do doente, tornando-se mais genuíno e autêntico ao eliminar preconceitos e juízos de valor através da sua sensibilidade, para controlar os seus sentimentos e detectar os sentimentos do outro.

A consciencialização de que todo o doente é pessoa obriga a conhecê-lo na sua singularidade, num contexto cultural. Dado que a pessoa é um ser que não pode ser dissociado da sua “bagagem cultural”, o seu estilo de vida reflecte os seus valores, as suas crenças e as suas práticas culturais (Leininger, 1991). O respeito pela vontade da pessoa assume-se como um valor fundamental da relação de ajuda, sendo considerado a base de qualquer relacionamento e constituindo um modelo determinante para a acção de conforto.

O cuidar em enfermagem surge como um dever ético para todos os doentes na procura de um atendimento centrado nas necessidades reais da pessoa. Como forma de intervir na promoção da qualidade de vida, o **alívio de desconfortos através de massagem/mobilização/terapêutica** emerge como uma intervenção confortadora significativa para os idosos, como vemos pelos relatos: “[Os enfermeiros] faziam massagens nas costas e nas pernas... por causa das dores (...)” (Id1); “Sentia-me mal com falta de ar (...) punham-me as bombas, punham-me a máscara, davam-me os medicamentos, davam-me as coisas que eram precisas e ficava bem.” (Id5); “Aliviam-me as dores... viram-me de posição! É isso!” (Id8). O alívio de desconfortos, como a dor e outros sintomas, é entendido como um foco e uma preocupação dos profissionais de saúde (Robinson & Benton, 2002; Kolcaba, 2003) como constatamos: “(...) a dor é assim uma das principais causas de desconforto (...). Num caso específico, por exemplo, este senhor, (...) é muito escariado, tem as escaras infectadas, (...) em termos da nossa intervenção, (...) nós sabemos que a nossa intervenção vai ser muito dolorosa para ele e ele tem por exemplo um SOS (...) fazemos um analgésico antes de realizar o penso, numa posição minimamente estável e confortável para ele e vigiando os sinais durante a realização, (...) é um dos casos em que depois fica feliz, (...) nota-se alívio, sim alívio, sim conforto.” (E3). O artigo 82 do Código Deontológico do Enfermeiro diz que o enfermeiro deve “(...) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: 70). O controlo da dor é um direito do doente e um imperativo ético. “(...) a administração de terapêutica também é um conforto quando estão com dores, para aliviar a dor.” (EE1); “Conforto físico... alívio de sintomas (...) através de medicação” (E10). Também Kolcaba (2003) adverte que o conforto físico se relaciona com as sensações do corpo: “Elas [enfermeiras], procuram aliviar-me em tudo (...) esse alívio faz-me sentir bem... aliviam as dores (...) massajam o corpo!” (Id8). A valorização das situações particulares por parte do enfermeiro é fundamental, bem como a intervenção adequada. A preocupação pelo conforto é extensível a situações, tais como as resultantes das manifestações da doença ou tratamentos, nas quais a dor ou (in)capacidade do doente de tolerar a mesma merece destaque por parte dos enfermeiros: “(...) em termos de dor, ou em termos respiratórios, fazíamos a terapêutica e conseguíamos dar algum conforto ao doente.” (E8).

Tal como salienta Morse (1997: 22), “A missão da enfermagem é dar assistência àqueles que estão em sofrimento, é uma responsabilidade profissional proporcionar conforto”. Nas situações de dependência, a necessidade de resposta confortadora era tanto mais evidente quanto mais silencioso fosse esse apelo: “Repare, aquele doente, percebemos logo pelo fâcias que ele tinha qualquer coisa, ou dor ou outra coisa qualquer... e aí agimos logo...” (EE4). A dor causa sofrimento e, em muitas situações, é acrescido o facto da (in)capacidade do doente em exteriorizar verbalmente. As mensagens procuram ser, desde logo, codificadas. Sempre que o enfermeiro se apercebe da existência de sinais de desconforto,

procura de imediato atender aos mesmos através de medidas que, no seu entender, irão minimizar o desconforto: *“(...) um doente que tiver a pele muito escamativa (...) massajamos a pele da pessoa (...) eu faço uma massagem terapêutica por obstipação, com efeito ou sem efeito... a massagem é uma acção de conforto...”* (E9). O enfermeiro reconhece que existem determinadas actividades específicas, denominadas de autónomas ou interdependentes, que se contextualizam como medidas estratégicas promotoras de conforto, como consta dos relatos seguintes: *“Nós fazemos determinadas cuidados que confortam (...) ele [doente] disse que se sentiu bem, [com a massagem] portanto, considero a massagem como uma acção de promoção de conforto. Estes doentes (...) para eles, a massagem é fonte de conforto e, naquela situação, foi mesmo, porque o doente realmente não me voltou a referir desconforto após aquela massagem.”* (E1). A massagem é utilizada em diferentes momentos dos cuidados e assume particular importância neste contexto: *“A massagem também [é estratégia de conforto]. Há imensos doentes a pedirem massagens (...)”* (E12); *“Hoje, durante o banho de um doente que entrou, após a higiene, quando lhe colocava o creme hidratante, ela referiu-me essa sensação de bem-estar e conforto que sentiu e que me disse: «Não sei o que é que me está a pôr, mas estou-me a sentir muito bem»”* (EE5).

Nos doentes idosos que se encontram acamados e impossibilitados de se mobilizar de forma independente, é manifesta a preocupação dos enfermeiros em proporcionar não só uma posição adequada ao repouso do idoso, como em tornar o próprio leito confortável: *“(...) os posicionamentos (...) são [situação de] conforto...”* (E1); *“É importante a colocação de colchão anti-escaras e tentar posicionar o senhor (...)”* (E9); *“E também a própria mudança de decúbito, porque uma pessoa está ali algumas horas em decúbito dorsal e depois o facto de nós a virarmos para decúbito lateral e esticarmos o lençol, a pessoa sente-se um pouco mais aliviada”* (E4). Pela análise dos discursos dos enfermeiros, dos idosos e pela observação das práticas os “cuidados da tarde e noite”, são exemplo de medidas de conforto mobilizadas pelo enfermeiro: *“No turno da tarde (...) vamos para junto dos utentes nas enfermarias, (...) vamos então dar a volta, como nós chamamos, ou seja, prestar os cuidados de conforto, alternância de decúbitos nas pessoas que estejam acamadas, fazer uma massagem aos doentes... eles ficam mais confortáveis... eles dizem”* (E4). Os idosos reconhecem que estes cuidados são importantes no estado de conforto: *“Durante a tarde e à noite, aqueles cuidados que nos fazem são cuidados que trazem conforto”* (Id8).

É de salientar, que todas estas estratégias assumem uma relevância especial quando o idoso é incapaz de dizer como se sente, tal como retrata o relato do enfermeiro: *“Às vezes os doentes, sobretudo aqueles mais dependentes, estão um bocadinho renitentes à alimentação e não o verbalizam. E depois, quando se vai bem a avaliar, o doente está mal posicionado, não está confortável na cama, não está minimamente sentado, está-lhe a ser dada a comida de uma forma em que o doente não está confortável! Eu procuro sempre saber qual a melhor posição e posicioná-lo correctamente e, depois, com calma, dar-lhe a comida, porque claro que se eu estiver também mal sentada, não estiver confortável, não me vai apetecer comer, (...) e isso é um*

aspecto que eu tenho sempre em consideração. (...) em que ele [doente] se sinta confortável.” (E2). Também a nossa observação permitiu constatar esta preocupação: *“Estamos no início do turno da noite. O enfermeiro aproxima-se de um idoso que se encontra acamado e afásico, mas que geme. Numa postura ligeiramente inclinada sobre o idoso pergunta-lhe num tom de voz calmo: «Então que é que se passa?». O idoso volta a gemer... O enfermeiro toca com a sua mão no rosto do doente e acrescenta: «Vamos ver o que se passa, está cansado de estar nesta posição?... já o vamos virar». O doente olha o enfermeiro, parecendo querer concordar com este. O enfermeiro começa a mobilizar o idoso e repara que a cama está molhada e diz: «Na verdade tem razão, está tudo molhado! Deve estar muito desconfortável... vamos já mudar isto tudo e vai ver que fica melhor» Dirigindo-se de novo ao doente idoso diz: «Vamos pô-lo confortável!»” (DC).*

Com frequência, os enfermeiros realizam uma massagem sendo esta considerada uma medida/intervenção tradicional da enfermagem (Kolcaba, 2003): *“(...) o facto de quando mudamos, por exemplo, a fralda, se a pessoa for dependente, passarmos depois um creme e fizermos massagem a nível do corpo, dos membros inferiores, as pessoas realmente referem que ficam um pouco mais aliviadas das costas e ficam mais confortáveis, (...)” (E4).* Nesse sentido, substituir a roupa da cama quando se encontra molhada e mantê-la bem esticada, evitando que as “rugos” da roupa provoquem desconforto bem como massajar o doente constituem acções confortadoras frequentes no contexto estudado, com o sentido de alívio do desconforto e/ou estado de conforto, o que vem de encontro à literatura (Morse, 1992, 1995; Panno, et al., 2000; Steiner & Kolcaba, 2000; Robinson & Benton, 2002; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Mussi, 2005; Wilby, 2005; Martins, 2009; Yousefi, H. et., al, 2009). A finalidade é reverter ou aliviar o desconforto instalado, sendo por isso o conforto uma condição contrária ou antagónica ao desconforto.

Quer através da realização da massagem, quer nas mudanças de decúbito, está implícito o acto de tocar que, tal como já referimos, constitui uma medida confortadora importante, por ser um excelente método que visa a aproximação entre o enfermeiro e o idoso, constituindo também fonte de prazer e de conforto (Rôxo, 2008). Dado que a presença e a sensação de dor se relacionam com o desconforto, o objectivo imediato do trabalho dos enfermeiros será aliviar o mesmo, nomeadamente, procurando o controlo e a ausência da dor através de administração de terapêutica, de massagem e de mudanças de decúbito, estas consideradas intervenções promotoras de conforto e de bem-estar (Robinson & Benton, 2002; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2003; Oliveira, 2011).

Para além das estratégias mobilizadas pelos enfermeiros, a estrutura essencial da natureza do processo de conforto revela-se, igualmente, pela existência de *momentos particulares de conforto* onde se inclui o **contacto inaugural**, ou seja, o momento de acolhimento, tal como é referido: *“(...) o acolhimento é muito importante... conforta.” (Id7); “À*

chegada apareceu logo aquela enfermeira que é uma jóia... muito simpática e boazinha. Perguntou-me logo se queria mais um cobertor ou se queria comer alguma coisinha...” (Id19). Acolher é o início de uma relação que se pretende ser de ajuda e, prossegue no contacto diário, aquando da prestação de cuidados. O acolhimento sustenta-se na relação estabelecida com o doente, que se inicia no momento da admissão no serviço, sendo na maioria das vezes determinante para a relação enfermeiro/doente, no futuro, “As primeiras impressões na maioria das vezes são as que mais perduram” (Silva, 2010: 34). Apesar de não ser um acto pontual, este momento, reconhecido como situação de cuidar por excelência, surge como o primeiro momento em que o enfermeiro entra em interacção com o idoso e emerge como um espaço de (re)conhecimento/avaliação da situação do idoso/família. Tendo em conta o nível de conhecimento inter-actores em situação, assim acontece de forma mais ou menos informal, como consta do relato seguinte: *“Há doentes que eu já conheço, pelos internamentos anteriores; por isso, já sei mais ou menos como posso lidar no primeiro contacto com eles, o que se torna completamente diferente, se for um doente que eu não conheço...”* (EE4). Neste serviço de medicina, o contacto inaugural é aberto e demonstra atenção e carinho, como constatámos: *“Estávamos no turno da manhã. O enfermeiro vai fazer o acolhimento do idoso que acaba de chegar ao serviço. Assim que olha para o idoso diz: «Olá bom dia, Sr. J. Então, de novo por cá... já tinha saudades nossas!» Cumprimenta o idoso com um aperto de mão e começa a falar com ele”* (DC). O contacto inaugural é o primeiro contacto relacional. A relação é o elemento básico. Torna-se particularmente importante que se estabeleça uma relação positiva entre o enfermeiro e o doente, isto é, que se torne efectivo o estabelecimento de laços de confiança (Dutra, 2009). Tal preocupação é evidenciada no relato do enfermeiro: *“(...) desde o acolhimento que temos que proporcionar o bem-estar... o acolhimento é um momento de conforto... de bem-estar!”* (E11); *“O acolhimento é importante! Embora muitos doentes que nós recebemos são pessoas que, por vezes, podem não se aperceber do meio envolvente em que estão, para aqueles doentes que estão conscientes e orientados, acho que é mesmo muito importante! Transmitirmos calma, serenidade e confiança! É muito importante.”* (E8). O sentimento de tranquilidade e de confiança é facilmente alcançável na presença do enfermeiro que demonstre compreensão e que se interesse em ajudar o doente a atingir o máximo conforto (Dutra, 2009; Silva, 2010).

O acolhimento surge como uma forma de cuidado de conforto, dentro do contexto de atenção a dar ao idoso, facilitador da adaptação à hospitalização e corresponde à maneira como o doente é recebido no hospital, tal como relatam os idosos: *“Eu fui bem acolhida! (...) o acolhimento é muito importante, a forma como nos recebem... conforta.”* (Id7). O efeito do acolhimento no idoso reveste-se da maior importância, já que é revelador de disponibilidade e de amabilidade permitindo desde logo uma maior aproximação ao idoso e família (Silva, 2006; Waldrop & Kirkendall, 2009). Constitui-se, por isso, como uma actividade bidireccional, relevante na construção da relação de cuidados de conforto: *“O acolhimento é*

importante, deve ser um momento de conforto... É muito mais fácil para depois haver um feedback da parte do enfermeiro e do doente (...) (EE1). Dado que o idoso se encontra, subitamente, num local onde tudo pode ser desconhecido e onde irá permanecer durante algum tempo, qualquer informação/esclarecimento contribuirá para diminuir a sua ansiedade e/ou insegurança (Cabete, 2005; Dutra, 2009). O comportamento dos actores de cuidados, em especial dos enfermeiros, é decisivo para que o doente se sinta confortável, confiante e seguro.

O contacto inaugural, realizado pelo enfermeiro, contribui para a primeira imagem do serviço e dos actores em contexto. Este encontro é orientado conforme o estado de consciência do doente idoso, podendo haver necessidade, em situações determinadas, de ser mais centrado na família. Pela observação realizada percebemos que, sempre que o idoso é admitido no serviço, o enfermeiro apresenta-se ao doente e pergunta como gosta de ser tratado, orientando-o, em seguida, dentro da enfermaria ou do quarto, indicando-lhe os aspectos gerais do ambiente hospitalar. Apresentar-se ao idoso é uma das formas de aproximação, como relata o enfermeiro: *“A primeira coisa que faço é aproximar-me dos doentes... apresento-me, tento falar com eles, saber como gosta de ser tratado e depois logo vejo...”* (EE3). Os enfermeiros procuram desde logo, colocar o doente numa cama, aquecendo-o e posicionando-o confortavelmente no leito, procurando fazer deste momento, um momento onde os idosos se sintam “bem-vindos” e bem acolhidos: *“Quando cheguei, foi o enfermeiro que me recebeu e me trouxe para este quarto... e me explicou as coisas na altura... sabe, foi muito carinhoso comigo e isso marca-nos (...)”* (Id5). Em qualquer situação, é sempre realizado o “processo de acolhimento”, o qual consta de: (i) da entrevista inicial de colheita de dados (feita em instrumento próprio, orientada pela trajectória biográfica e pela história de saúde), (ii) guia de acolhimento que é entregue ao doente/família revelando-se esclarecedor e informativo, (iii) monitorização das úlceras de pressão, das quedas e da dor, utilizando a escala mais adequada à especificidade de cada doente, aspectos já abordados, anteriormente.

No contacto inaugural, isto é, na experiência do acolhimento, o idoso pode despoletar uma significativa diversidade de vivências, facto que é percebido por cada idoso de modo pessoal e particular. A investigação expressa a coexistência de sentimentos positivos, tais como a esperança e o bem-estar, ou de negativos como a sensação de isolamento, de deslocalização, de choque, de nervosismo, de negação, elementos promotores de uma má experiência (Cabete, 2005; Serra, 2005; Dutra, 2009), e que advêm, essencialmente, da classificação da relação estabelecida com o enfermeiro que acolheu o doente, justificando o modo individualizado como cada doente idoso apreende a mesma realidade vivida. Por sabemos que a pessoa cuidada nem sempre solicita a nossa presença,

“Aquele que cuida deve dar atenção à linguagem do corpo. Cada gesto, cada mímica, cada postura são de igual forma sinais que lhe irão permitir compreender o outro e estabelecer com ele uma ligação.” (Hesbeen, 2004: 95). No contexto estudado, evidencia-se uma relação de teor positivo marcada pelo contentamento significativo dos doentes, relativamente à relação estabelecida no contacto inaugural, como referem os idosos, através de uma relação construtiva permeada pelo afecto e pela atenção associados ao contexto psicoespiritual (Kolcaba, 2003): “(...) *não tenho que dizer de ninguém... foram sempre carinhosos*” (Id12); “*Fui muito bem atendida quando cheguei... com muito afecto e carinho.*” (Id15). Assim, o vínculo estabelecido pelo enfermeiro que acolhe o idoso no momento do contacto inaugural torna-se de maior importância para uma relação de confiança, e por isso confortadora, (Oliveira & Lopes, 2010), a qual será estabelecida entre os actores em contexto e, sobre a qual se desenvolvem os cuidados.

O momento dos cuidados de higiene e arranjo pessoal constitui-se como um momento particular de conforto valorizado pelos doentes idosos, tal como podemos perceber neste estudo pelas seguintes declarações: “(...) *a higiene é muito importante... dá muito conforto... Ao início, os enfermeiros davam-me o banho na cama, lavavam-me a cabeça, penteavam-me, punham creme e ficava toda arranjadinha. Agora já vou ao chuveiro e aí gosto ainda mais... gosto muito, mesmo muito.*” (Id1); “*O momento em que os enfermeiros me dão o banho... aí... nem imagina como me sinto bem!*” (Id16); “*O banho aqui... nem sabe! acho que vale por tudo... é um momento de extremo conforto*” (Id21). A higiene corporal é uma necessidade humana básica de maior importância (Adam, 1994; Collière, 1999; Henderson, 1962). Os cuidados quotidianos e habituais ou os cuidados de sustento e manutenção da vida, onde se incluem os cuidados de higiene, contribuem não só para o desenvolvimento da nossa vida, como também remetem para a noção de aparência (vestuário e outros acessórios), mantendo a imagem do corpo (Adam, 1994; Collière, 1999). Os cuidados de higiene e arranjo pessoal acontecem, habitualmente, no turno da manhã. Após terminar a passagem de turno dos enfermeiros da noite, os enfermeiros que vão iniciar o turno da manhã (habitualmente, quatro/cinco enfermeiros), partilham impressões, relembram os doentes que têm exames a realizar ou outras indicações específicas, as quais vão ter influência implícita relativamente às prioridades a ter na tomada de decisão para os cuidados que se vão iniciar. Neste enquadramento, o enfermeiro procede a uma avaliação diagnóstica e planeamento mental, reportando-se assim a uma fase que antecede o contacto inicial a que chamamos de pré-presença e que poderá constituir o início do processo de conforto, a qual abordaremos no capítulo que se segue. Cada enfermeiro fica responsável pela prestação de cuidados globais aos seus doentes e por fazer os respectivos registos.

Após a administração da terapêutica das 9h e do pequeno-almoço, aos doentes idosos pelos quais são responsáveis, os enfermeiros iniciam os cuidados de higiene aos mesmos, tendo em conta o planeamento definido. Alguns doentes idosos realizam a sua higiene, na casa de banho, com ajuda da AO, enquanto outros, com maior dependência e/ou gravidade clínica, permanecem na cama, onde a higiene é realizada pelo enfermeiro, com colaboração das assistentes operacionais ou, eventualmente, dos seus pares. Este período é considerado de grande movimento no serviço, pela variedade de cuidados prestados aos idosos, nomeadamente os cuidados de manutenção de vida (os cuidados de higiene, de arranjo pessoal, a ajuda e o levante para o cadeirão, a promoção do auto-cuidado) assim como a administração de terapêutica, e a realização de pensos, incluídos estes, nos cuidados de reparação. Verifica-se uma certa unidade e coerência na organização das intervenções e nas atitudes, o que, de certa forma, influencia positivamente a tomada de decisão em situações mais difíceis e problemáticas, onde a experiência e o saber de uns é partilhado por todos. Neste domínio, o enfermeiro de referência por turno, como já mencionado, toma particular importância pois, é o enfermeiro a quem frequentemente solicitam opinião em casos mais complexos ou que exijam uma tomada de decisão mais deliberativa, o que reverte no aumento não só da responsabilidade individual de cada enfermeiro, como também numa maior articulação interdisciplinar.

Segundo Collière (2003: 6), “Os denominados «*tarefas de higiene*» ou «*cuidados de enfermagem*» (...) são considerados como «evidentes», «dependentes da consciência profissional», «secundários», «acessórios» ou «sem interesse», em comparação com os «*actos técnicos*»”. Apesar de serem, muitas vezes, tarefas vistas como ingratas (Collière, 2003), os enfermeiros intervenientes no estudo valorizam os cuidados de higiene e mostram-se atentos em proporcionar o máximo de conforto: “*A higiene é uma situação que promove conforto*” (EE1); “*(...) os cuidados de higiene poderão proporcionar conforto (...) como eles aqui, são importantes para os doentes!*” (E1). Os cuidados de higiene, como cuidados de conforto associados ao contexto físico (Kolcaba, 2003), constituem-se como momentos importantes para as pessoas saudáveis, mas especialmente para os doentes hospitalizados, como referem os enfermeiros: “*Acho que os cuidados de higiene têm que ser momentos particulares de atenção ao doente e de bem-estar...*” (EE3); “*(...) conforto... também tem a ver com... com coisas mais simples, por exemplo a higiene.*” (E4). Sabemos que o doente, não só está sujeito a uma diminuição da resistência às infecções, como também o facto de estar num ambiente hospitalar, onde a presença de bactérias patogénicas é comum, contribui para um risco constante de adquirir uma infecção. Segundo Adam, (1994: 48), “A alteração do estado de saúde gera novas necessidades de higiene”. A investigação demonstra que, para além da higienização do doente, **os cuidados de higiene e arranjo pessoal** tornam o doente livre de microrganismos patogénicos, promovem a sensação de alívio e de leveza e,

melhoram o estado de conforto (Adam, 1994; Kolcaba, 1991,1994,2003; Coutinho & Ferreira, 2002; Chang, Chenoweth & Hancock, 2003).

Igualmente, Melleis & Trangenstein (1994), defendem que o enfermeiro interage com a pessoa numa situação de saúde/doença, contextualizando a enfermagem como um processo que é facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar. Assim se evidencia nos discursos dos enfermeiros: *“(...) muitas vezes, não percebemos o quanto os cuidados de higiene são importantes para a pessoa (...) é importante que a pessoa verbalize o modo como ela se sente mais confortável, de que modo é que ela prefere realizar a higiene, portanto, se se sente mais confortável utilizá-los no leito, (...), mas, também, dependendo das possibilidades da pessoa; se é mais confortável para ela fazer na casa-de-banho, se se sente mais à vontade. Às vezes, pode ser uma pessoa orientada e que, naquele momento não se sinta capaz de fazer o levante; que se sinta mais em baixo... mas que prefira, para ela seja mais confortável fazer os cuidados de higiene na casa-de-banho até independentemente autonomamente (...)”* (E1). Na realidade, o banho é um verdadeiro cuidado e um acto no qual se verifica a existência de uma inter-relação entre quem cuida e quem é cuidado. Os períodos em que os enfermeiros prestam cuidados de higiene aos idosos, para além de serem momentos de interacção particular propícios a um melhor conhecimento do doente (Adam, 1994), são referidos como importantes e confortadores, sendo para os doentes, particularmente, reveladores de bem-estar.

A mobilização das pessoas idosas é uma constante na prestação do banho no leito. A cada nova situação o enfermeiro definirá e redefinirá, por intermédio de um processo interpretativo e de acordo com o que ele atribui àquela situação. O relato do enfermeiro vem confirmar esta perspectiva: *“Ainda há bocado uma senhora idosa (...), a senhora não queria fazer a terapêutica e já estava um bocadinho ansiosa, porque já estava com a fralda suja há algum tempo, e já estava renitente ao cuidar. Prestei-lhe os cuidados de higiene e, após ter prestado os cuidados de higiene e a ter posicionado na cama, a senhora quis alimentar-se, quis tomar os comprimidos. Percebi que ficou confortável, por assim dizer!”* (E6). O momento da higiene, ao constituir-se como um momento propício para o estabelecimento de um contacto mais íntimo com o doente, pode levar a uma invasão da intimidade e da privacidade da pessoa, em que o corpo desnudado fica exposto aos olhos dos profissionais, sentindo-se o idoso desprotegido (Martins, 2009). Pudemos observar que, durante o banho no leito, os enfermeiros têm o cuidado de manter a privacidade do idoso, cobrindo-o com um lençol ou toalha enquanto está a ser lavado e correndo sempre a cortina para proteger o doente do olhar de outras pessoas, que entrem no quarto, durante o banho. Também os idosos verbalizaram a protecção sentida, pelo facto dos enfermeiros manterem a porta da enfermaria/sala/quarto fechada, facto que simboliza um reforço à sua privacidade: *“Mesmo aqui o banho na cama sabe-me muito bem... é uma maravilha... eles encostam sempre a porta e assim existe mais privacidade”* (Id1). Está patente, nas declarações supra citadas, que o momento dos cuidados

de higiene e arranjo pessoal é considerado uma experiência de conforto. Esta ideia corrobora o que defende Hesbeen (2001) em relação a estes cuidados, na medida em que os considera essenciais, com significado confortador e significativo para a pessoa, permitindo à enfermagem uma relação privilegiada pelo momento propício para o estabelecimento de um contacto mais íntimo com o idoso.

No âmbito dos cuidados que confortam, a **visita da família** é, para os idosos, um momento privilegiado, como consta dos relatos: *“É importante o momento... a presença das visitas... faz falta... conforta.”* (Id2); *“[A nossa família]! ajuda muito... a vinda da minha família é o nosso bocadinho de conforto”* (Id1); *“Vem visitar-me (...) um cunhado e uma irmã, que ainda tenho, e na verdade é um momento que desejo e que nos conforta.”* (Id8). O doente quando é internado, é afastado do seu meio familiar e das pessoas mais significativas. A família vive em paralelo uma fase difícil, vivenciando uma situação de crise mais ou menos intensa. No entanto, para o idoso, são os entes queridos que o fazem sentir-se amado e lhe dão alento e reconfortam no momento difícil que atravessa: *“A visita dá-me força e alento... reconforta-me”* (Id21). Os enfermeiros mostram-se sensíveis ao contexto sócio-afectivo do idoso o que favorece a vinculação afectiva com a família/pessoa significativa. O apoio da família é entendido como confortador e, emerge associado ao contexto sócio-cultural (Kolcaba, 2003), sendo, também, fundamental, para os enfermeiros: *“Sabemos que a família é o pilar do idoso, por isso preocupamo-nos em esclarecer, dar a informação clara e concreta dentro daquilo que nos compete... para a família se aperceber do que se passa.”* (E11). A presença da família aumenta a proximidade afectiva familiar e cria proximidade com o enfermeiro. O momento da visita acontece no horário das 13h às 19.30h, com direito para quatro visitas por dia, podendo permanecer junto do doente apenas duas pessoas. Quando presentes, os familiares/pessoa significativa procuram criar um ambiente personalizado, trazendo objectos pessoais do doente, flores, água, alimentos, entre outros. Habitualmente, adoptam atitudes afáveis, de confiança progressiva, que permitem uma construção de uma relação confortadora entre os actores em contexto. Não foi evidente, por parte da família, a existência de situações de revolta, de exigência ou de policiamento dos cuidados que se prestavam, aspecto que se constitui como favorável ao relacionamento com os enfermeiros. Verifica-se uma preocupação, por parte do enfermeiro, em interagir com o doente/visitas dando resposta às solicitações dos mesmos. A afabilidade está, assim, presente no contacto com os familiares, no modo como respondem às questões e como se mostram disponíveis no momento da visita, aspecto que promove bem-estar e segurança ao idoso: *“Eles explicam tudo à minha família quando cá vêm... isso é para mim muito importante”* (Id11). Pudemos igualmente observar, por parte do enfermeiro, uma postura de interesse pela satisfação do idoso: *“Estávamos no período das visitas. O enfermeiro aproximou-se do idoso, tocou-lhe no braço, e disse-lhe: «Hoje está muito contente... tem cá o seu filho!» O doente sorriu e expressou o seu contentamento dizendo:*

«Este momento é uma alegria, dá-me conforto» (DC). Como presença confortadora, a qualidade da relação estabelecida entre os enfermeiros o doente/família é igualmente determinante para uma hospitalização bem-sucedida: *“Procuramos fazer sentir às famílias que estamos disponíveis para o que precisarem”* (EE2); *“Nós fazemos uma pergunta, com os nossos termos, queremos centralizar tudo ali, e temos resposta, isso é importante...”* (F1).

Na visão dos enfermeiros, o doente e respectiva família são encarados como um sistema: *“(...) procuramos sempre dar resposta às necessidades e desejos [dos doentes] relacionadas também com a família, claro... são um só!”* (E1). A família é o suporte primordial do doente e a principal instituição responsável pelo seu apoio psicológico. A presença da família constitui-se como confortadora, sendo considerada como o núcleo base, a referência mais importante para o bem-estar dos idosos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), aspecto que também é valorizado pelo enfermeiro: *“Lembro-me de vários casos, (...) por exemplo, neste serviço, nós cá temos as regras, não permitimos a entrada a crianças com idade inferior a doze anos, mas por exemplo, se é um doente mesmo que seja mais dependente, nós não nos custa nada levar o doente num cadeirãozinho e levá-lo a ver o netinho que está lá fora, nem que seja a dizer um adeus ou dar um beijinho, vai lá fora.”* (E1). A situação de doença crónica e a hospitalização constituem-se como etapas da vida que provocam um grande impacto emocional no doente e respectiva família, sendo o momento da visita perspectivado como importante e olhado como um modo/forma de confortar o doente (Sousa & Andrade, 2000).

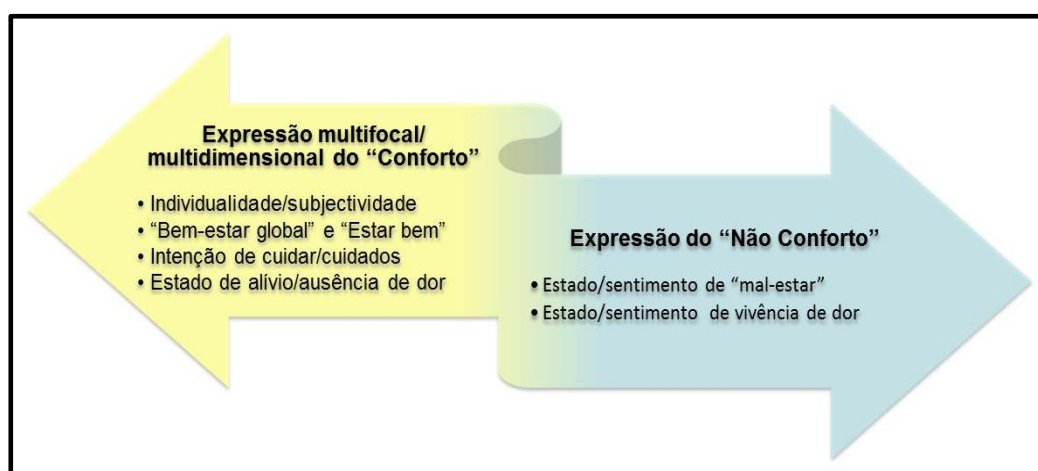
Em síntese, podemos referir que os diferentes modos e formas de confortar procuram, pela sua finalidade expressa, facilitar/aumentar o conforto, aliviar o desconforto e/ou investir no conforto potencial, o que leva a um aumento da percepção de controlo sobre a vida e as circunstâncias vividas, ajudam à percepção de normalidade de vida perspectivando o futuro, mesmo durante a hospitalização; aspectos sustentados por vários autores que centraram o seu trabalho no processo de conforto, ou seja, nas acções dos enfermeiros (Morse, 1992,1995, 2000; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Oliveira, 2011).

1.3.2. Concepções de “Conforto”/“Não Conforto” dos actores

As concepções de “Conforto”/“Não Conforto” dos actores, incluem as formas como as pessoas compreendem os conceitos, considerando a percepção que deles é feita na relação com os elementos relacionados com o ideal ou com o verdadeiro significado, (Carpenter, 2002). Dar significado será pois atribuir o sentido na sua forma “autêntica”, procurando dar a compreender um determinado fenómeno (Watson, 1988). Compreender a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico inclui tomar consciência da sua

essência ou características, dependendo da realidade que o rodeia. As concepções são as unidades fundamentais, de sentido ou da compreensão do fenómeno, de acordo com a intenção dos actores em contexto e apresentam-se como parte integrante da descrição do mesmo. São reveladoras da filosofia que guia o pensamento e a acção dos actores de cuidados em colectivo e, dos enfermeiros de forma individual, considerando a particularidade dos seus pontos de vista (Honoré, 2004). Os cuidados de enfermagem assumem-se como uma construção de acção suportada pelas **concepções de “Conforto”/“Não Conforto”** que se espelham no diagrama 19:

Diagrama 19 – Concepções de “Conforto”/“Não Conforto” dos actores em contexto



Os conceitos não surgem nem aparecem ocasionalmente; desenvolvem-se a partir da experiência e assumem um papel fundamental na clareza do fenómeno. Compreender o processo de construção e de resposta do conforto implica perceber o sentido e a significação das concepções de conforto e não conforto dos actores intervenientes.

Procurando o sentido na compreensão singular do significado, numa visão individual, única e ditada pela experiência (Honoré, 2004), os resultados fizeram emergir características do conceito de “conforto” que se enquadram numa forma de *expressão multifocal/multidimensional* do mesmo, categoria evidenciada *neste estudo com um sentido positivo e abrangente, como é exemplo nos relatos dos enfermeiros: “Conforto é tudo! É tudo o que o doente precisa. Desde a admissão do doente no serviço até à alta.” (E4); “Conforto... é nas várias dimensões... sociais e, muitas vezes, também espirituais!” (EE4); “Quando falo em conforto, é muita coisa... é abrangente a várias dimensões da pessoa. O conforto tem várias abrangências.” (EE2); “É um bocado complexo de definir... conforto envolve várias dimensões da pessoa...” (E5); “Conforto também tem a ver com a parte espiritual...” (E6).* Também para os doentes idosos esta noção ganha sentido, como se evidencia nas seguintes declarações: *“Conforto (...)! É difícil... porque é tudo!” (Id19); “Sim, [conforto] é ter o que preciso! Em qualquer momento... Portanto, é tudo!” (Id1); “Conforto é o ambiente com que a gente vive aqui, de bem-estar, (...) com pessoas amigas... e*

aqui sinto-me bem, estou à vontade (...).” (Id4). A multidimensionalidade do conceito é ratificada por diferentes autores ao afirmarem que envolve aspectos de natureza física, sociocultural, psicoespiritual e ambiental (Wilson, 2002; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2003, 2004; Wilby, 2005; Yoursefi, H. et al. 2009; Oliveira, 2011), o que corrobora os achados do nosso estudo.

O estudo do significado e dos atributos de conforto reconhece assim a seguinte categoria: *expressão multifocal/multidimensional do conforto*, numa dimensão holística do conceito, assumindo diferentes características definidoras das quais emerge a noção vinculada à **individualidade/subjectividade da pessoa**, com um carácter vinculativo aos desejos/necessidades individuais do idoso, como consta dos relatos dos idosos e dos enfermeiros: *“Aqui tenho tudo o que preciso. Conforto é isso... ter o que cada um precisa”* (Id5); *“[Conforto] Está associado à individualidade de cada doente (...).”* (E5); *“[O conforto] é individual, porque tem a ver com os valores e com as características de cada indivíduo.”* (EE5). São vários os autores que defendem a perspectiva de que o conforto é uma experiência subjectiva, na medida em que há ter em conta qual o significado que cada pessoa, família ou comunidade lhe atribui (Leininger, 1995; Malinowski & Stamler, 2002; Mussi, 2005; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2011). Nesta ordem de ideias, é importante atender à individualidade da pessoa, de forma a poder intervir de acordo com as necessidades de conforto, tal como se evidencia nos relatos dos idosos e dos enfermeiros: *“O conforto é assim, (...) aqui no hospital, acho que desde que nós tenhamos tudo o que necessitamos, estamos bem (...) penso que... o importante é ter o que o doente precisa.”* (Id10); *“[Conforto]... é ter aquilo que preciso!”* (Id1); *“Associo o conforto àquilo que o doente gosta... tem a ver com o que o doente prefere (...). Não é impôr-lhe as minhas ideias nem as minhas rotinas, por assim dizer, é ir de encontro àquilo que cada doente prefere.”* (E2). Estes dados encontram sentido na literatura de enfermagem, ao referirem o conforto como uma necessidade humana bastante valorizada pelo doente (Kolcaba, 2003; Watson, 2002a; Yoursefi et al., 2009; Oliveira, 2011).

Na teoria de Watson (2002a), o conforto é contextualizado como uma condição que interfere no desenvolvimento interno e externo de cada pessoa, tendo em conta os seus valores, desejos, crenças e perspectivas, estando relacionado com a sensação de bem-estar, e assumindo, desta forma, um carácter singular e único. Também neste estudo, a expressão do conceito *multifocal/multidimensional* ganha sentido quando se reporta a um estado desejável para viver a vida, quando é relacionado com o **“Bem-estar global”** e o **“Estar bem”**, expressões próximas e similares, do conceito, de acordo com os resultados, bastante expressivas na perspectiva dos doentes idosos e dos enfermeiros intervenientes do estudo, como é justificado pelas declarações que se seguem: *“Conforto é bem-estar global... sei lá, é tudo o que podemos querer nesta situação.”* (Id2); *“Conforto. (...) normalmente associo... ao bem-estar.”* (E1); *“Conforto é sinónimo de bem-estar.”* (EE2); *“Conforto para mim (...)*

acaba por ser bem-estar... Conforto é bem-estar!" (E6). A literatura aponta o conforto como um estado de prazer e de bem-estar. Embora Kolcaba (2003) procure distinguir conforto e bem-estar, este último é um elemento comum nas definições de conforto, o que caracteriza assim a concepção subjectiva deste conceito (Morse, 1992; 2000; Watson, 2002a; Kolcaba, 2003; Mackey, 2009).

Num sentido abrangente, o conforto é definido pelo bem-estar global, experimentado pelos idosos, tendo por base as convicções e os sentimentos acerca da qualidade do atendimento, considerando de certa forma a experiência de ter beneficiado de alguma forma de ajuda de algo, ou alguém: *"Conforto, é uma pessoa estar bem... bem acomodada..."* (Id3); *"(...) mais ou menos tenho tudo e estou bem! Sinto-me confortável aqui... confortável... é um bem-estar... conforto é um bem-estar!"* (Id8). Hesbeen (2001) e Berger & Mailloux-Poirier (1995), relacionam o "bem-estar" no idoso com a saúde, num enfoque centrado na capacidade ou potencial individual para a sua harmonia ou desenvolvimento em direcção a um estado de equilíbrio, aspecto que se evidencia, neste estudo, pelos relatos dos idosos: *"Conforto... é nada nos incomodar... não há nada que incomode e isso... é conforto."* (Id8); *"Conforto é (...) estarmos bem... é bem-estar"* (Id16).

Neste estudo, o "estar bem" ganha, assim, alguma articulação com o conceito de "bem-estar", quando relacionado com o conforto, podendo ambos serem definidos como a experiência vivida de um estado que encerra a ideia de saúde, e de harmonia, como percebemos pelas declarações significativas dos idosos e dos enfermeiros: *"(...) conforto... é sentir-me bem, estar bem! É bem-estar!"* (Id19); *"Quer dizer, conforto... conforto é (...) estar muito bem, é estar bem (...)"* (Id7); *"Sinónimo de conforto é bem-estar e estar bem... são praticamente sinónimos!"* (E2). Embora subsista esta dupla perspectiva sobre o conceito de conforto, de certa forma pouco esclarecida, os dados vêm de encontro à literatura encontrada, na medida em que, quer o "conforto" quer o "bem-estar e o estar bem" são conceitos utilizados frequentemente, de modo pouco claro e, de uma forma indistinta (Kolcaba, 2003, Mackey, 2009, 2010; Oliveira, 2011).

Pela análise dos dados conclui-se ainda que, o *conceito de conforto* está ligado aos aspectos das fronteiras profissionais, enquanto objectivo/ finalidade e por conseguinte resultado dos cuidados, havendo por isso, na perspectiva dos idosos, uma forte associação à **intenção de cuidar/cuidados**, intenção, esta, subjacente à acção dos actores de cuidados: *"(...) acho importante, quando estamos no hospital, que nos confortem; é isso o mais importante nos cuidados... e aqui isso acontece!"* (Id5); *"Falar em conforto... conforto é isso mesmo, todos os cuidados que os enfermeiros têm comigo..."* (Id1). O conceito relaciona-se, assim, com a acção de confortar realizada pelo enfermeiro, embora não exclusiva deste, como já referido anteriormente. Também para os enfermeiros, o sentido do conceito tem expressão concreta

e intencional nos cuidados que realizam: *“Conforto é... todos os procedimentos que a gente efectua! São todos os actos!”* (EE1); *“[Objectivo principal das acções] é o conforto do doente... O bem-estar é o conforto!”* (EE4). O conforto é promovido através de um cuidado confortador perante a singularidade do idoso e operacionalizado pelas intervenções do enfermeiro, no contexto da interacção enfermeiro-doente idoso. No entanto, o trabalho do enfermeiro, enquanto intervenção/medida ou acção de cuidado confortador geriátrico, parece estar articulado, desde sempre, na enfermagem, constituindo assim uma marca, uma competência, uma missão e um objectivo central do cuidar de enfermagem (Nightingale, 1859/2005; Paterson & Zderard, 1976; Benner, 1984; Morse, 1992, 1995, 2000; Collière, 1999; Melleis, 1994, 2007; Wilson, 2002; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Oliveira, 2011).

O conforto é o resultado desejado das intervenções direccionadas às necessidades do doente idoso que precisem de ser satisfeitas: *“Conforto é tudo o que fazemos pelos doentes! É tudo o que o doente precisa. Desde a admissão do doente no serviço até à alta.”* (EE1). Assente na lógica das respostas à intervenção de cuidar em enfermagem, os enfermeiros associam, desta forma, o sentido do “conforto” a uma série de actividades, ou ainda, a uma acção terapêutica que se relaciona com o “fazer por”, conceito proposto na teoria de cuidar de Swanson (1991). Também Morse et al., (1997) identificou o cuidar como uma intervenção terapêutica, onde se incluem todas as acções de enfermagem conducentes à satisfação das necessidades do idoso. É a intencionalidade, o objectivo expresso, que condiciona a acção a desenvolver, havendo uma preocupação, por parte do enfermeiro, em atender à realidade individual do idoso e/ou família tendo como finalidade/resultado do conforto de ambos. Decorrente desta ideia, e sabendo que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na redução ou diminuição do sofrimento que emerge, (in)directamente, associado à dor, o trabalho de conforto pode ainda ser visto, quer pelos enfermeiros, quer pelos idosos, como um **estado de alívio /ausência de dor**, como consta nos relatos: *“(...) conforto associo à ausência da dor (...)”* (E1); *“(...) conforto é o alívio da dor, (...)”* (Id2); *“Conforto é estar (...) sem desconfortos...”* (Id11); *“Conforto... tenho que estar bem! Sem falta de ar... e sem dores.”* (Id14); *“(...) conforto associo à ausência da dor (...)”* (E12). O conforto é considerado resultado de uma acção, tal como já referimos, centrada no alívio da dor e de outros desconfortos.

Na revisão de literatura efectuada por Siefert (2002), o conceito é identificado numa relação estreita com o controlo e com a ausência de dor, considerados, desta forma, como sinónimos. A experiência dolorosa é um fenómeno individual. A investigação evidencia que a concepção de conforto pode adquirir significado de um estado de alívio ou de encorajamento conotado com um sentido positivo (Kolcaba, 1992, 2003; Kolcaba & Steiner, 2000; Tutton & Seers, 2003; Mussi, 2005; Oliveira, 2011), aspecto igualmente evidenciado neste estudo pelos enfermeiros: *“Uma pessoa que se sinta confortável é uma pessoa que à partida, não tenha dores, por exemplo, que o doente não tenha dores (...)”* (E5); *“(...) costumo*

associar [conforto] um pouco à ausência de dor, (...), quer a nível físico quer, a outros níveis, portanto psicológico...” (E1). A experiência e o significado de conforto, neste estudo, são referidos como uma sensação de comodidade e de alívio da dor, o que conduz ao reconhecimento da individualidade da experiência humana do sofrimento, pelo actor de cuidado, numa acção orientada pela possibilidade de ajudar o idoso a alcançar um estado de alívio/ausência de dor.

No domínio relativo às **concepções de “Conforto”/“Não Conforto”**, a expressão do “Não Conforto”, subjacente ao desconforto, assume, neste estudo, um sentido contrário/oposto à expressão do “Conforto”, como evidenciam os relatos dos enfermeiros e dos idosos: “Desconforto? Numa palavra: contrário ao conforto... mal estar!” (E8); “[Desconforto] (...) é contrário ao conforto (...)” (Id2), podendo ser caracterizada, por um **estado/sentimento de “mal estar”**: “[Desconforto] associo a mal estar (...) eu acho que mau estar acaba por classificar bem.” (E3); “Desconforto... para mim, é mal estar!” (Id1), e por um **estado/sentimento de vivência de dor**: “O desconforto [relaciono] com dores...” (E2); “(...) desconforto, é mau estar... é ter dores!” (Id9). Em relação às pessoas idosas hospitalizadas e respectivos actores de cuidados, são poucos os estudos que procuraram obter clareza acerca dos conceitos em questão (Hamilton, 1989; Tutton & Seers, 2004; Oliveira, 2008, 2011). Apesar de não existir uma definição uniforme acerca dos termos “conforto e não conforto”, na realidade, os dados corroboram com a literatura e a investigação realizada, que têm procurado identificar, na perspectiva dos enfermeiros e dos receptores dos cuidados, os elementos/características ou determinantes do conceito em diferentes contextos (Vendlinski & Kolcaba, 1997; Siefert, 2002; Robinson & Benton, 2002; Kolcaba, 2003; Heterich, 2004; Mussi, 2005; Oliveira, 2008, 2011).

Em modo de síntese e, de acordo com a natureza indutiva do presente estudo, emergiram características que podem descrever o conceito de conforto como multidimensional, referindo-se a um estado percebido de melhoria do estado de conforto, a uma necessidade/desejo sentido ou ainda a uma situação de cuidados – acção/intervenção de cuidar, cujo objectivo é promover o conforto do idoso, aliviar a dor e outros desconfortos, emergindo assim como um resultado o que revela coerência no significado encontrado na literatura de enfermagem (Hamilton, 1989; Cameron, 1992; Bottorf et al, 1995; Panno, et al 2000; Bécherraz 2002; Tutton & Seers, 2003; Kolcaba, 2003; Wilby, 2005, Oliveira, 2011) e, na estrutura conceptual de conforto de Kolcaba (2003). O termo “conforto” caracteriza-se também em oposição ao “não conforto”, considerado este como um estado de desconforto na vivência concreta de um estado/sentimento de mal-estar e/ou dor.

No ponto seguinte, no contexto da cultura confortadora geriátrica, explicitaremos os eixos de ancoragem; eixos, estes, estruturantes e fundadores da teoria explicativa da natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar.

2. AS CONCLUSÕES: NATUREZA E CULTURA CONFORTADORA DA ENFERMAGEM GERIÁTRICA – EIXOS DE ANCORAGEM DA NATUREZA DO PROCESSO DE CONFORTO DO DOENTE IDOSO CRÓNICO EM CONTEXTO HOSPITALAR

Neste estudo, no serviço de medicina, o processo de cuidados de enfermagem geriátrica, que integra os cuidados de saúde, organiza-se em redor do **doente idoso crónico**, o qual está a viver uma situação particular de saúde caracterizada pela cronicidade e pela polipatologia. A “**sua família**”, caminha numa dimensão circular de proximidade e surge como foco de atenção para o enfermeiro, como uma referência para o conhecimento, como uma fonte de apoio promotora de satisfação e conforto para o doente idoso quer pela presença, quer pela forma como procura restituir ao mesmo a ligação ao quotidiano extra hospitalar.

O processo de convívio com uma doença crónica e a coexistência da situação de doença e de hospitalização originam, inevitavelmente, um processo de reflexão e conceptualização da situação com experiências internas e externas, vivenciadas de modo singular, desencadeando um “turbilhão” de sentimentos e emoções de intensidade bastante marcada e de natureza variável. Para os doentes idosos crónicos, a interpretação e o conhecimento da situação parecem ser elaborados à luz da experiência pessoal de cada um, atribuindo-se-lhe um significado em função da percepção da doença, das suas perdas e das suas limitações, bem como daquilo que viveram até ao momento, não podendo, por isso, a atribuição do sentido ser entendida fora do quadro de referências existenciais do próprio doente idoso. Em particular, para além dos aspectos do contexto e dos sinais emitidos pelos idosos, num conhecimento operacionalizado a partir da subjectividade dos mesmos, os relatos traduzem grande instabilidade e desencadeiam vivências de desconforto e sofrimento: *“A doença crónica é muito má e estar no hospital... é muito sofrimento”* (Id9).

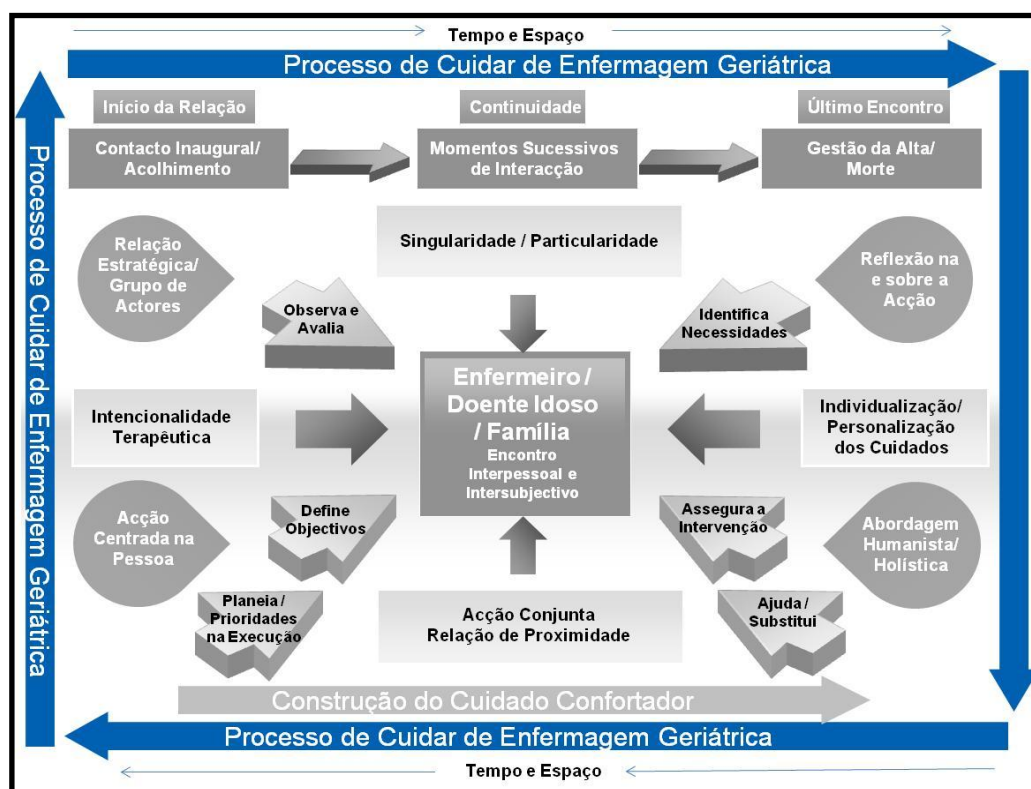
O processo de cuidados geriátricos acontece num contexto onde os enfermeiros e os restantes profissionais de saúde recebem diversas solicitações. Constitui uma actividade humana, num *encontro interpessoal e intersubjectivo*, que combina valores humanísticos e conhecimentos científicos (OE, 2001; Serra, 2005; Amendoeira, 2006; Costa, 2006; Oliveira, 2011; Renaud, 2010; Sapeta, 2011). Constrói-se na relação estratégica do grupo actores de pertença – profissionais de saúde/idoso/família – por meio de condições ambientais e culturais do contexto e seus actores, legitimando e privilegiando a acção social e profissional

do enfermeiro, constituindo um “mundo de estímulos/desafios” para os cuidados de enfermagem.

Da análise global do processo de cuidar geriátrico, parece evidenciar-se a tomada de consciência da pessoa e das suas potencialidades, reconhecendo o enfermeiro no doente idoso dependente, frágil e vulnerável, a sua singularidade/particularidade, tendo como consequência a personalização/individualização do cuidado. É um processo mediado pelas interacções entre os profissionais e os doentes/família, considerado como promotor do desenvolvimento humano de todos os actores (Serrano, 2008), onde as prioridades se articulam entre os cuidados de rotina e as necessidades de cuidados dos idosos. A observação alargada da dinâmica do contexto de acção permitiu perceber que são os enfermeiros que assumem não só a identificação de necessidades de cuidados e a dinâmica da relação confortadora, bem como, a articulação entre os actores em presença com os doentes, nas 24 horas do dia, realidade que cria *vinculação afectiva inter-actores*, constituindo-se os enfermeiros como *pilares na liderança do processo de cuidados geriátricos*.

O processo de cuidados de enfermagem geriátrica, procura responder às necessidades de cuidados globais do doente idoso/família e tem como finalidade assegurar a intervenção dos mesmos, para além de ajudar ou substituir o idoso até que este readquirira a sua capacidade ou independência. O enfermeiro, na relação de cuidados, assume a construção de uma *acção conjunta*, mediada pela situação e pelo nível de dependência e de vulnerabilidade, contribuindo para um cuidado mais centrado no doente idoso, o que reflecte uma posição intermédia entre a ausência de um trabalho conjunto e a parceria plena, tal como identificado por Gomes (2002, 2009).

A dialéctica que acontece entre actores/contexto da acção/condicionantes organizacionais, acentua a perspectiva e a interacção multisistémica e multicontextual, identificada em diferentes contextos de medicina similares (Costa, 2006; Serrano, 2008; Gomes, 2009; Oliveira, 2011; Sapeta, 2011; Frias, 2012), evidenciando a construção e o desenvolvimento do *processo de cuidados de enfermagem geriátrica que integra, em si mesmo*, a construção do cuidado confortador, mediado pela *interacção enfermeiro-doente idoso*, o qual acontece num determinado tempo e espaço social, tal como representamos esquematicamente no diagrama 20:

Diagrama 20 – Estrutura do processo de cuidar de enfermagem geriátrica

É nesta interacção multisistémica e multicontextual que o processo de conforto se constrói e se desenvolve, verificando-se o envolvimento de actividades conjuntas entre a equipa de enfermagem e a restante equipa multiprofissional e, concretamente, entre o enfermeiro/doente idoso/família, os quais enformam o processo de cuidados geriátricos, suportado em relações de cuidados essencialmente positivas, numa interacção que envolve diagnóstico/planeamento/intervenção/avaliação/reformulação (Serrano, 2008).

Salienta-se a preocupação dos enfermeiros em adequar as práticas às necessidades dos idosos, mobilizando saberes científicos, estéticos e éticos (Carper, 1978), promovendo a autonomia e a defesa da dignidade e da integridade bio-psico-socio-cultural e espiritual dos mesmos preservando a individualização do seu espaço privado e dos cuidados. Desta forma, a prática dos cuidados é suportada por princípios, valores, atitudes e comportamentos deontologicamente adequados à natureza do mesmo. A individualização e a humanização dos cuidados decorrem da maneira de ser/estar dos enfermeiros no agir profissional e procuram responder à necessidade do doente idoso numa dimensão evolutiva, com o objectivo de cuidar, aliviando o sofrimento, prevenindo complicações, situações de desconforto e de regressão, com um sentido/propósito desejado – promover estados de conforto: “[A preocupação ao cuidar é] Que o doente se sinta bem. Que se sinta feliz, (...) que tenha bem-estar... tem tudo a ver com conforto”. (EE5).

A *construção do processo de conforto*, nesta unidade social, desenvolve-se num *habitus* e processo de socialização que potenciam uma acomodação progressiva e constituem um processo dinâmico de um trabalho interdisciplinar, de partilhas de significados, de encontros, de interações, onde cada actor é um ser activo que influencia e é influenciado pelo(s) outro(s) e estrutura o contexto onde se entrecruzam conceitos explicativos, os quais se tornou obrigatório compreender a sua interligação, de modo a espelhar com clareza a realidade da cultura específica confortadora.

Numa articulação social e cultural que determina a missão e enforma normas, valores e comportamentos dos actores, a *explicação/construção teórica da natureza do processo de conforto do doente idoso em contexto hospitalar*, que constitui a forma de olhar o fenómeno em particular, emerge da articulação dos *contextos de cuidados, dos actores e dos alicerces de cuidar/cuidado confortador*, os quais se interligam e são estruturantes da dinâmica do processo de cuidar geriátrico e de toda a dinâmica confortadora gerada – **central no trabalho dos enfermeiros** – e condições que a enforma. A cultura confortadora do serviço gera um mundo simbólico num processo de socialização, no qual as vivências, o conhecimento dos actores, os saberes, os condicionantes organizacionais (ambientais e situacionais) e a consciência da missão do cuidar em enfermagem, tornam possível a relação de conforto observada, esclarecendo as inter-relações entre as condições (estrutura), as acções (processo) e as consequências (resultado), perspectivando as especificidades da cultura confortadora geriátrica.

A opção pelo termo “explicação/construção teórica”, advém do facto de considerarmos a sua atribuição relativa a uma forma de pensar e de entender o fenómeno observado – o processo de conforto – de o interpretar em seu contexto natural, no qual a realidade conhecida foi apreendida sob os diversos pontos de vista dos participantes, retirando dados significativos que permitiram descrever e compreender, nas múltiplas dimensões, especificidades e singularidades do contexto que se constitui em desenvolvimento, o que faz com que a realidade ainda desconhecida possa ser estimulada a ser descoberta.

Os actores co-constroem o “processo de conforto”, que emerge como um processo integrado de **Vivência¹¹ e Cuidado humano¹²**. Inicia-se com o contacto inaugural ou de acolhimento do idoso/família e é transversal à interacção de cuidados – momentos de

¹¹ Entendida como o vivido e o significado atribuído (Morrison, 2001).

¹² Princípio específico da acção do enfermeiro entendido como uma forma de relacionamento e responsabilização profissional, dirigido ao tomar conta, ao estar profissionalmente presente num interesse pelo bem-estar do Outro (Nunes, 2011: 53).

cuidados sucessivos – concretamente, à **acção/intervenção do enfermeiro** fundada nos seus valores profissionais e, termina com o último encontro, ou seja, com o regresso a casa/ao lar ou com a morte do idoso. O processo de conforto é mediado por um conjunto de situações ou circunstâncias na qual está inscrito, numa dinâmica *confluência de condicionantes* (contextuais e outros), favorecedores ou constrangedores determinantes, que se fundem em três grandes eixos estruturantes justapostos que, apesar de se apresentarem de modo isolado, se interrelacionam e aos quais chamamos **eixos de ancoragem** por serem fundadores e explicativos da natureza do processo de conforto geriátrico, da microcultura em questão.

Neste estudo, a estrutura e a natureza do processo de conforto integram a noção central de que o *doente idoso crónico* é visto como um ser de contexto – *de dependência, de vulnerabilidade e de fragilidade* – *uma pessoa idosa em necessidade de cuidados*, estado que advém da *sua situação de doença crónica agudizada*, da *sua situação de hospitalização* e da *sua condição de senescência*. É uma pessoa num contexto de dependência por razões ligadas à sua situação, de falta ou perda de autonomia nas diferentes dimensões (física, psíquica ou intelectual) e que necessita de ajuda e/ou assistência, o que reverte *em necessidade*. Apesar da fragilidade e da vulnerabilidade se constituírem intrínsecas à condição humana, em situação de doença crónica e de hospitalização a pessoa fica acrescida das mesmas, pela possibilidade e capacidade, respectivamente, que apresenta face à sua situação (Sellman, 2005; Renaud, 2005; 2006).

2.1. CONHECIMENTO/AVALIAÇÃO DAS VIVÊNCIAS DO IDOSO: CAMINHO FUNDADO NUMA RELAÇÃO DE HUMANIDADE – 1º EIXO DE ANCORAGEM

O **conhecimento/avaliação das vivências do idoso** revelou-se como uma **condição** estrutural, onde se inscreve o processo de conforto, um caminho fundado numa relação de humanidade, pela capacidade de chegar ao doente idoso na sua individualidade, ancorado no reconhecimento do Outro e na sua dignidade e, no respeito da pessoa como um fim-em-si-mesmo – pelas escolhas, opiniões/convicções de cada idoso (Kolcaba, 2003; Hesbeen, 2006; Vieira, 2007; Nunes, 2011).

Numa **procura intencional da singularidade/particularidade de cada idoso/situação**, na relação de cuidados enfermagem geriátrica, o reconhecimento do outro constitui o princípio/fundamento de onde se parte e que enforma o processo confortador.

Assim se entende que o foco de atenção seja ir ao encontro do projecto de vida e saúde dos doentes idosos/família, numa (re)apreciação intuitiva e/ou subjectiva das vivências do idoso.

É um caminho que se inscreve numa estratégia de “envolvimento”: **um encontro interpessoal** que constitui a forma de ser e procurar o doente idoso/família, na sua história pessoal/familiar/social e na sua situação de doença, **em direcção a um melhor e maior estar confortador**, imbuído de **valores humanísticos e de atitudes** que moldam a forma como o enfermeiro está neste **percurso particular de cuidado**.

Numa visão integradora de humanidade, conhecer e avaliar as vivências constitui-se como uma **táctica intencional**, um acontecimento – um encontro interpessoal – que é desenvolvido e se constrói na interacção humana, mediante um trabalho complexo, ditado pelas finalidades do agir confortador. Enquanto experiência humana subjectiva, o encontro, para quem o observa, é um acontecimento, essencialmente relacional, que se processa de forma contínua no contexto da experiência vivida e deixa a sua marca na monotonia repetitiva do dia-a-dia. Para quem o vive, ele constitui a transformação do acontecimento em acto e constitui-se pela compreensão da especificidade das próprias vivências, num processo interrelacional, partilhado, atribuindo-lhe sentido e significado: **o melhor conhecimento/avaliação das vivências do idoso com vista a um melhor e maior estado confortador**, que assiste à constante adequação da individualização da intervenção (tem implícita a noção de resposta/resultado).

A riqueza do **encontro intersubjectivo**, que detém em si próprio um valor terapêutico, não se mede pela sua duração mas sim, pela importância do seu conteúdo (Renaud, 2000). Cada acontecimento, encontro, é revestido de um significado singular e é a forma particular da relação, a qual se constitui como *o eixo dos cuidados de conforto*, no sentido em que é simultaneamente *o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem*, permitindo assim *a revelação do doente idoso*. Este processo de conhecimento e revelação assenta em três pilares orientadores: (i) **o significado e o sentido atribuído à vivência da situação de doença crónica e de hospitalização**; (ii) **as necessidades de conforto/ajuda, as preocupações, os desejos e as expectativas**; (iii) **as capacidades e as potencialidades (a gestão de dependências, sentimentos e emoções)**.

Conhecer/avaliar as vivências constitui uma condição que antecede a acção confortadora, sendo essencial para os idosos intervenientes neste estudo: *“Conforto é então... termos tudo o que desejamos (...) mas... para isso os enfermeiros têm que nos conhecer...”* (Id1), e para os enfermeiros: *“Para confortar... é importante perceber as necessidades da pessoa... conhecer a pessoa e saber o que é para ela o estar bem e o estar confortável (...) a vários níveis, é isso. Pergunto sempre o que é que os preocupa! É importante perceber as necessidades, (...) a*

patologia deles, o meio em que eles se situam, preocupações com a família, com vários níveis!” (EE3). O conhecimento do doente idoso, apresenta-se como estruturante do processo de conforto e implica compreender o sentido da verdade de cada idoso/ situação, de forma a perceber as reais necessidades/desejos/vontades/expectativas, recursos, hábitos, preferências, valores, crenças, práticas culturais, condicionantes de saúde, preocupações, potencialidades e capacidades de cada idoso, definindo e indicando as necessidades de conforto do mesmo holisticamente (físico, psico-espiritual, sócio-cultural e ambiental), a concepção das medidas de conforto, as situações representativas de conforto/desconforto, os modos e as formas de confortar, promovendo a sua integridade pela sua verdadeira descoberta, aspectos que encontram sentido em diferentes teorias de enfermagem (Leininger, 1988, 1991; Watson, 2002a; Kolcaba, 2003; Gomes, 2009; Oliveira, 2011).

Neste contexto, a importância de **promover conforto** é, para os enfermeiros, consensual. No entanto, **partir do conhecimento para acção** é uma condição de intervenção fundamental. Com o sentido de perspectivar uma construção específica de cada situação, importa *compreender quem é aquela pessoa*. Conhecer e avaliar as vivências provém de uma intenção interior e tem uma finalidade terapêutica – **o melhor e o maior conforto do idoso** – realizando-se num determinado projecto de acção de cuidar que procura o alívio do sofrimento, a preservação e a qualidade de vida. A pessoa é **ela e a sua circunstância**, aspecto fundador deste processo.

A interacção estabelecida entre os actores de cuidados e os doentes idosos não é linear, na medida em que é investida de variáveis que decorrem da personalidade dos actores em contexto. **O enfermeiro ocupa um lugar privilegiado** e central neste processo de conhecimento/avaliação, originando uma *aproximação mais autêntica e verdadeira com os doentes idosos* e servindo de elo de ligação entre os vários profissionais envolvidos nos cuidados aos mesmos. A relevância do enfermeiro para desenvolver o conhecimento sobre o doente idoso é consensual na literatura de enfermagem (Collière, 1999, 2003; Nightingale, 1959/2005; Kolcaba, 2003; Melleis, 2007). Este conhecimento/avaliação envolve um compromisso moral, responsabilidade e disponibilidade, numa atitude de interesse e atenção pelo outro, na perspectiva das necessidades humanas que acontecem num contexto de vida cujas histórias de saúde e de doença se confluem (Hesbeen, 2006).

O processo de aumentar o conhecimento do idoso no processo de conforto geriátrico implica, necessariamente, **ir conhecendo o doente idoso**, intervenção que se define como **intencional e nuclear ao** processo de conforto. **É uma atitude profissional**. É uma forma de **aceder ao melhor conhecimento possível**, momento a momento, que não se esgota,

numa procura que envolve determinadas habilidades e estratégias, desenvolvendo-se ao longo da hospitalização.

Numa estrutura similar a outros contextos, inicia-se com uma *pré-presença*, primeira fase, onde se constrói uma representação prévia do idoso, fundamentada na *transferência da informação* durante a passagem de turno (Sapeta, 2011). Desde logo se estabelece *um primeiro conhecimento*, faz-se uma *primeira avaliação* e *um plano de intervenção mental*, que culminam numa organização prévia dos cuidados, à semelhança de outros contextos situacionais (Lopes, 2006; Pereira, 2008; Sapeta, 2011). O primeiro “contacto relacional”, primeira interacção enfermeiro/doente/família, constitui o primeiro conhecimento directo, no qual o doente se revela, quer seja no contacto inaugural/acolhimento (conforme seja reinternamento ou internamento inaugural) ou com os primeiros cuidados, *numa lógica de construção nas sucessivas interacções*, isto é, no contacto de continuidade, as quais se desenvolvem ao longo dos turnos, tal como já identificado noutras teorias de enfermagem (Lopes, 2006; Oliveira, 2011; Sapeta, 2011; Frias, 2012).

Muitas vezes, o enfermeiro avança para a situação de prestação de cuidados com uma base de conhecimento limitado. Naturalmente que o enfermeiro sabe que, habitualmente, se trata de um idoso que necessita de cuidados, *com vulnerabilidade e fragilidade acrescida e variavelmente dependente*, pressupondo assim a existência de necessidades de cuidados de conforto, não se tornando, no entanto, a situação clara para o mesmo. Neste caso, o pedido de ajuda acontece, ainda que seja pelo silêncio, já que, o enfermeiro reconhece que as necessidades humanas estão afectadas de modo particular.

O enfermeiro **avança no desconhecido**, tendo em consideração os seus saberes (conhecimento técnico-científico sobre os idosos, a saúde e a doença), a sensibilidade e a experiência profissional, e, pressupõe que existem determinadas necessidades de cuidados que o doente necessita de ver satisfeitas para se sentir confortado. Aí, o conhecimento do doente idoso pode acontecer de forma **entrelaçada com o cuidado**, e efectiva-se na *interacção enfermeiro-idoso (encontro interpessoal)*, espaço privilegiado para o cuidado confortador. Desta forma, **pressupor necessidades de conforto** acontece e, assume uma dimensão situacional, de variabilidade e de multidimensionalidade, tal como se evidencia noutros estudos, (Tutton & Seers, 2004; Gomes, 2009; Duarte, 2010; Oliveira, 2011; Sapeta, 2011), podendo o enfermeiro pressupor necessidades diversas que se relacionam com o desconforto evidenciado, a instabilidade clínica e as circunstâncias contextuais.

Abrindo caminhos para conhecer o doente idoso emerge como uma das condições *impulsionadoras* que desencadeia o processo de ir conhecendo e **aceder ao melhor conhecimento possível do mesmo**. Neste processo, o enfermeiro tem em consideração os aspectos objectivos e subjectivos, já que a forma como o idoso experiencia a situação depende da sua perspectiva, dos seus valores e dos significados atribuídos à mesma, podendo ser conceptualizadas em diferentes dimensões – biofísicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais (Kolcaba, 2003). O enfermeiro procura reavaliar os comportamentos e sentimentos e está permanentemente atento às reacções dos idosos, ao seu olhar, ao seu sorriso, que são sinónimos do que estão a sentir/viver na situação, valoriza dados espontâneos que obtém numa actividade de procura e que acontece numa lógica circunstancial, em diferentes momentos, o que possibilita **ir fazendo e conhecendo**. A escuta e a observação emergem como qualidades profissionais do enfermeiro promotoras de conforto psicoafectivo, cuja intenção é poder ajudar o idoso pelo conhecimento da sua fragilidade da qual emerge a necessidade do cuidado.

Os doentes idosos, perante o interesse revelado pelo enfermeiro, também mostram vontade de se **dar a conhecer**. Tal pode acontecer **pelo chamamento, solicitação ou apelo**, que se evidenciam como uma forma de pedir ajuda, de apelar à intervenção do enfermeiro ou de outro actor de cuidado, revelando desta forma o seu estado de necessidade, de conforto/desconforto na situação. O “apelo e resposta” constituem componentes relevantes do “diálogo vivido”, segundo a teoria da prática de enfermagem humanista (Paterson & Zderard, 1976) e que aqui encontram sentido, na medida em que não só o doente idoso apela e o enfermeiro responde, como também o enfermeiro apela à participação do doente/família, sendo estes considerados modos/formas confortadoras. O enfermeiro investe na e sobre a relação, bem como nos resultados da mesma. Trata-se de um modo de aceder à informação relevante, valorizando as manifestações constantes, o apelo ou chamamento do idoso, situação que se apresenta com relevo na Teoria de Conforto de Oliveira (2011).

Os enfermeiros, questionam directamente o doente idoso. No seu modo particular de apresentação, a pessoa poderá ser capaz de decidir sobre os seus cuidados, mantendo essa capacidade, ou então, não terá essa capacidade de decisão, sendo o cuidado assegurado pelo enfermeiro. Manter capacidades significa, em primeiro lugar, continuar a ter vontade para decidir e, passa por conhecer a vontade do doente. Este é o modo/forma mais fácil e eficaz de conhecer a vontade do doente idoso, no sentido de ajuizar das capacidades e descobrir a sua vontade **de modo a respeitar a sua dignidade**. Mesmo nos momentos de maior grau de limitação e de dependência, os enfermeiros procuram

conservar **padrões/pilares de humanidade**, pela aproximação e valorização dos mais subtis sinais de pedido de ajuda (Phaneuf, 2010), preservando a identidade pessoal do doente idoso como um ser de inter-relação social (Gineste & Pellissier, 2007), contribuindo para a autonomia e um cuidado mais centrado do referenciado.

Cada idoso evidencia estratégias que possibilitam o seu melhor conhecimento, nomeadamente, *solicitando ajuda, sugerindo, decidindo sobre o cuidado, participando na decisão*, o que faz com que o enfermeiro o vá conhecendo, no sentido do seu reconhecimento, como um ser de património singular e uma identidade pessoal única. **O conhecimento vai acontecendo** no seio das múltiplas actividades que têm uma finalidade concreta e precisa. Este conhecimento é condicionado pela brevidade dos momentos, dos contactos que existem ao longo das interacções. Na trajectória dos cuidados, *a cada dia que passa, novas estratégias são criadas para a total compreensão do idoso*, da sua subjectividade, observando-se uma preocupação em aprender a ler e compreender a linguagem da pessoa, porque esta é quem detém os conhecimentos acerca de si própria e que podem ajudar a centrar os cuidados na pessoa. **Numa tentativa de aproximação ao particular** o enfermeiro, constantemente, avalia as múltiplas *necessidades, vai percebendo desejos/vontades/preferências/hábitos, dificuldades/medos e receios*, factores que *condicionam o estado clínico do idoso, e são indicadores de conforto/desconforto*.

À medida que o conhecimento sobre o doente idoso vai aumentando, o enfermeiro, tendo em conta o novo conhecimento sobre as necessidades particulares de cuidados, **revê, reflecte, actualiza e integra** para continuar a caminhada, já que o **conhecimento permanece inacabado**. O enfermeiro **consolida assim a relação que se constitui como confortadora**. A qualidade da relação permite um conhecimento mais aprofundado do doente idoso, na medida em que contribui para uma melhor e mais fiel apreensão das suas reais necessidades, procurando o enfermeiro validar/certificar-se do que interpretou.

Para além do doente idoso, o enfermeiro **recorre a outras fontes de informação**, nomeadamente aos seus pares ou outros elementos da equipa multiprofissional, e também à família, revelando-se esta informação importante na procura da compreensão do significado da situação do idoso. O conhecimento conseguido através da equipa multiprofissional faz parte deste trabalho de procura sistemática, revelando-se como uma forma estratégica de aceder ao doente idoso. A partilha de informação oral/escrita é uma fonte importante; no entanto, constitui-se um recurso dependente da valorização subjectiva, sendo por isso circunstancial, tornando-se imprevisível pela insuficiência ou pouca

expressão dada aos aspectos que se relacionam com o conforto e o confortar, nomeadamente, aos cuidados autónomos de enfermagem.

Os enfermeiros reconhecem a importância da família não só por a considerarem um veículo de informação, um meio de chegar ao doente, mas também pelo suporte fundamental para o estado de conforto do idoso, pela presença e pela participação activa nos cuidados ao mesmo, direccionando a sua preocupação para o binómio doente/família, o que de certo modo vem facilitar o processo de transição que estão a vivenciar (Meleis, 1991). O conhecimento do processo de saúde/doença e sóciofamiliar do idoso permite ao enfermeiro a adopção de determinadas atitudes e a mobilização de determinadas estratégias, dando continuidade a uma relação confortadora.

O enfermeiro correlaciona as diferentes dimensões do idoso como um todo unificado, procurando conhecê-lo e compreendê-lo como um *Ser Humano*. A orientação dos enfermeiros é reveladora de uma perspectiva humanista/afectiva, pelo interesse centrado na singularidade do doente idoso e da sua família, num compromisso moral de protecção da dignidade humana, estando implícito o respeito e a procura da interioridade e da subjectividade (Watson, 2002a; McCormack, 2004) e, considerando o doente idoso dentro de um contexto familiar que também é único.

Quer o enfermeiro quer o idoso/família reconhecem a existência de determinados aspectos que contribuem para uma aproximação relacional fundamental, para um melhor entendimento das reais necessidades de conforto e de ajuda, do que motiva e estimula o idoso. Esta caminhada ancora-se nas concepções de enfermagem geriátrica, em determinadas formas de ser/estar, disposições interiores e atitudes dos actores, centradas no respeito pelos valores, crenças e pela identidade do doente idoso, o que contribui para um cuidado confortador humanizado. O modo como o enfermeiro procura o conhecimento é, frequentemente, interpretado pelo idoso como um *modo confortador* de expressão **afectivamente expansivo/comunicativo, de afabilidade, de carinho e bondade, um modo de estar atencioso e disponível**, onde é possível para além do respeito mútuo, uma partilha de vivência afectiva. Implica estabelecer compromissos e relações de confiança, o que faz com que os enfermeiros promovam afectividade na abordagem do mesmo. A disponibilidade, a confiança mútua e a genuinidade emergem como características centrais na relação enfermeiro-doente o que faz com que a relação de cuidados seja consideravelmente significativa, dando-lhe um vínculo afectivo particular (Chalifour, 2008).

Reconhecer necessidades individuais trata-se de um modo particular do enfermeiro, marcado pela *presença incondicional*, de procura de sinais relevantes, valorizando a informação, observando, escutando e tocando. Constatando, interpretando, integrando, reconhecendo e confirmando, as necessidades específicas do doente idoso que enformam os cuidados confortadores, o cuidado emerge orientado no sentido da individualização das intervenções, **procurando fazer “à medida do doente idoso”, o que se constitui como rotineiro ou geral.**

A singularidade do idoso salienta-se no encontro inter-subjectivo que se desenvolve numa perspectiva profissional e pessoal. Desta forma, o enfermeiro **constrói** a relação: uma relação que permite criar laços de confiança e que ajuda o idoso a explorar, em profundidade, as suas vivências e os seus sentimentos. Da confiança adquirida nasce o encontro *que atende à singularidade/particularidade de cada idoso/situação* na relação de cuidados confortadores. O enfermeiro sente, constrói e consolida uma imagem do doente idoso que termina com o regresso a casa ou a morte. *É um caminhar até ao fim que se medeia no tempo* e depende do próprio nível de crescimento cognitivo e de maturação afectiva dos actores intervenientes.

Esta procura intencional, marcada pela capacidade de *“mergulhar”* e aceder ao que o doente idoso pode estar a pensar, ao significado que lhe atribuem *permite alcançar territórios inexplorados* e constitui um trabalho incessante e contínuo de forma a aceder aos aspectos importantes e específicos do doente idoso, encontrando sentido na **singularidade e valorização das “pequenas grandes coisas”**, o que permitirá ao enfermeiro desenhar intervenções de cuidados individualizadas e intencionalmente dirigidas ao conforto do idoso, tendo em conta as suas preferências, os seus sentimentos e o nível de envolvimento do cuidado que o mesmo considera como confortador.

Ir conhecendo o idoso e aceder ao melhor conhecimento possível são determinantes que contribuem para olhar “ao sentido de vida” de cada idoso/família, em cada momento, lidar com o desconhecido e, ir mais além do que a mera satisfação das necessidades, o que remete para uma *relação/atitude de ajuda*. Imbuído de uma relação de humanidade e, numa perspectiva interaccionista, **conhecer para particularizar** é atender à unicidade do doente idoso, é o reconhecimento expresso da dignidade do mesmo, como um ser de inter-relação social e como um ser de direitos, pelo que é preciso considerar os seus “desejos e anseios”, ou seja, importa explorar as suas vivências a fim de situar a acção num *processo de personalização/individualização das estratégias confortadoras em direcção a um estar confortador.*

É neste enquadramento dinâmico que **o conhecimento/avaliação das vivências do doente idoso** se apresenta como condição estrutural/central na construção das práticas, sem o que não é possível arquitectar e delinear o processo de intervenção confortadora. O diagrama 21 apresenta esquematicamente a articulação dos aspectos referidos, relativos a este eixo de ancoragem, – ponto de partida e determinante fundamental para a **construção do cuidar, considerado pelo doente idoso crónico, como confortador**:

Diagrama 21 – Conhecimento/avaliação das vivências do doente idoso: caminho fundado numa relação de Humanidade



2.2. CONSTRUÇÃO DO CUIDAR CONFORTADOR: RELAÇÃO DE SINTONIA CO-CRIADA – 2º EIXO DE ANCORAGEM

Se é importante, para confortar, compreender adequadamente cada situação e os significados atribuídos às respectivas vivências do doente idoso, não é menos importante, conseguir comunicar compreensão dessas mesmas vivências e partilhar significados para que **a acção de conforto se optimize**, ou seja, **situar a acção num processo de ir ao encontro, dando sentido à individualização da acção confortadora**. É um caminho que *requer um ajustar concreto e singular* no adequar o modo de intervenção às necessidades concretas, e que, como já referido, se inscreve numa relação interpessoal, ancorado em pilares de suporte – qualidades humanas e profissionais que permeiam uma *relação de humanidade* – reveladores de preocupação, de atenção, de interesse pelo doente idoso em

situação particular e individual, os quais guiam a acção e procuram capacitar a pessoa, “*dando-lhe espaço*” para o poder que possui (Hesbeen, 2006).

A construção do cuidar confortador emerge sob influência e articulação do contexto dos cuidados, dos actores e alicerces que se unificam nos diferentes domínios. Com efeito, este estudo evidencia a importância de uma resposta global numa abordagem multiprofissional em direcção ao mesmo fim, o que traduz a perspectiva actual da prestação de cuidados de saúde globais (Costa, 2006; Vieira, 2007; Nunes, 2011; Oliveira, 2011). Apesar de não ser exclusivo do enfermeiro, a concretização do cuidar/cuidado confortador emerge, essencialmente, como **corpo de intervenção da enfermagem**, como se evidencia nos relatos dos idosos. “(...) *os enfermeiros, sem dúvida alguma, são os que têm um papel mais importante no conforto!*” (Id2), e é expressão para os enfermeiros: “*E nós [enfermeiros], somos um meio de chegar ao conforto do doente. Nós [enfermeiros] promovemos o conforto, porque estamos sempre presentes...*” (E2). Neste estudo, o sentido do cuidar confortador ultrapassa o acto, é uma atitude própria que atende à singularidade, às suas necessidades e ao respeito pelo Outro, permitindo “caminhar com” num percurso feito em conjunto, o que pressupõe que os enfermeiros ultrapassem as suas próprias tradições culturais e percebam a perspectiva dos doentes (Leininger, 1991; Hesbeen, 2006). Percebemos que o enfermeiro, no seu agir, assume a responsabilidade ética de *tomar conta e responder pelo idoso*, beneficiando de oportunidades particulares, de forma a dar às suas práticas um sentido de verdadeira ajuda e, actuar como *actor privilegiado como promotor de conforto*.

A construção do cuidar confortador é um trabalho em colaboração, em consonância e uma (re)criação conjunta do cuidado de enfermagem geriátrico numa relação de sentir em comum, de aliança terapêutica entre enfermeiro-doente (Kim, 2000) e empatia crescente, que vai reconfigurando um processo de co-construção contínua, favorecendo e reforçando o conhecimento, com vista a alcançar objectivos terapêuticos (diminuição/ausência de desconforto, prevenção de complicações, possibilidade para a autonomia e independência). **É a participação efectiva no caminho do idoso** que explicita a forma como o enfermeiro participa na estruturação do conforto do mesmo, alicerçado na intenção e determinação ética e profissional (Vieira, 2007; Nunes, 2011), numa relação de sintonia co-criada, dando *sentido à personalização/individualização do cuidado confortador*.

Numa lógica de enfermagem *centrada na pessoa*, os enfermeiros, ao considerarem qualquer idoso digno de interesse e atenção, vão ao encontro dos doentes e procuram uma relação produtiva para ambos, em direcção *ao maior e melhor conforto*, numa acção partilhada promotora de crescimento, em paridade com outros actores de cuidados, perspectiva que se inscreve no paradigma da Transformação (Kérouac, et al, 1996). No sentido de uma maior articulação e complementaridade, o diálogo profissional, com outros

elementos profissionais, acontece em prol de um trabalho articulado para o desenvolvimento de um agir em consonância no melhor interesse do idoso.

É uma relação de sintonia co-criada o que explicita o modo/forma pela qual o enfermeiro participa na estruturação do conforto do idoso e concretiza a intervenção confortadora que realiza, de modo/forma individualizado/personalizado e, em consonância com objectivos próprios, uma vez que valoriza as vivências do idoso e vai ao encontro das necessidades/desejos/vontades/expectativas, o que indica um movimento para uma finalidade partilhada. Assim, **neste processo de construção** toma particular atenção a aliança de cuidados e de procura de sintonia inter-actores, que o enfermeiro estabelece entre a restante **equipa multiprofissional** e o **doente/família** e, que responde à singularidade/particularidade de cada idoso/situação, ou seja, que vai ao encontro da sua necessidade. Desta forma, reveste-se de particular importância o ambiente profissional de cuidados, entendido como um *ambiente integrador* do contexto de acção e potenciado não só pela *liderança de enfermagem centrada nas pessoas, como também pela ligação de proximidade afectiva-relacional*, onde a comunicação emerge como um valor insubstituível para estabelecer e manter essa aliança.

A determinação e o empenho que os enfermeiros colocam no trabalho constituem-se determinantes na acção de conforto. O enfermeiro desenvolve todo um trabalho que implica definir prioridades, tomar decisões e concretizar as intervenções de enfermagem, aspectos consistentes com a teoria de Confortar de Oliveira (2011). Desta forma, o enfermeiro mobiliza competências que lhe permitem saber compreender e, agir conforme a situação (Le Boterf, 2003), mobilizando recursos e relações interpessoais, num processo multidimensional, simultaneamente individual e colectivo, o que evidencia um modelo de referência humanista/afectivo. As necessidades de cuidados particulares, concretamente, as necessidades de conforto identificadas, revestem-se de um sentido circunstancial, sendo necessário ao enfermeiro dar resposta de forma concreta e atempada, facto que vai ao encontro dos achados encontrados por Oliveira, (2011).

A relação interpessoal que se estabelece é o que concretiza a acção de cuidar confortador geriátrico. A disponibilidade dos actores é promotora de segurança, confiança e de cumplicidade entre os mesmos e, vai consubstanciando a relação de cuidar/cuidado confortador num processo co-construído e de procura de sintonia inter-actores. É uma relação modelizada que se reveste de intencionalidade¹³, num encontro com um sentido de acção recíproca. Numa ocasião de cuidado e numa partilha de objectivos e desejos,

¹³ A intencionalidade é um conceito utilizado por Watson (2008) que surge associada à componente central da teoria do cuidar transpessoal *caritas consciousness*. "A intencionalidade e as suas manifestações referem-se a uma profunda focalização da atenção e consciência num determinado objecto mental" (Watson, 2008: 84).

concretiza-se numa decisão conjunta de articulação, onde *envolver o doente idoso e fazer com o doente idoso aquilo que tem que ser feito e precisa de ser feito* são premissas essenciais.

Dado que os cuidados se desenvolvem na preocupação constante pelo conforto e “bem-estar global” dos idosos, evidencia-se um compromisso de cuidado profissional que se funda num interesse pelo despendar atenção, no sentido de um *agir concertado, intencional, individualizado e integrador*, dirigido a um melhor e maior estado confortador do doente idoso, o que encontra, igualmente, sentido no estudo de Oliveira (2011). Tal, **significa personalizar** ajustando a cada doente idoso, tendo em conta não só os desejos/vontades/preferências/hábitos e expectativas, mas também as capacidades que decorrem da situação que o mesmo apresenta a cada momento.

O cuidar/cuidados que confortam, emergem da interacção e **fundem-se numa acção conjunta entrelaçada**, edificada por uma união de interesses e construída pela proximidade, o que reflecte o sentido de construção num estar em sintonia. O idoso tem poder na interacção de cuidados e vai conduzindo o processo de conforto que o enfermeiro vai construindo. Trata-se de um processo dinâmico, interrelacional, interactivo, holístico e partilhado realimentado pelos *actores de cuidado/doente idoso/família*, que procura a *aproximação com e pelo idoso* ao “mundo dos doentes idosos”, a partir das situações vividas, sendo por isso respeitador da diversidade¹⁴ e multiculturalidade¹⁵.

O sentido do conforto vai para além do seu sentido imediato – diminuir o desconforto e melhorar o conforto, tal como Oliveira (2011) constatou – ou seja, não se assume como intenção/ objectivo isolado ou independente de outros objectivos terapêuticos. Na verdade, interrelaciona-se com outras finalidades, numa abordagem multidimensional, contribuindo para o bem-estar global, para a recuperação da saúde (no contexto da situação clínica), evitando complicações clínicas, dependência e regressão, configurando assim **o sentido do cuidar de enfermagem na natureza confortadora**. É num processo de gestão do contexto/actores e, através de um trabalho de reflexividade, que se vão formando e desenvolvendo maneiras de ser/estar dos actores e, de entender e lidar com os doentes idosos, através da experiência profissional. O próprio momento de cuidar decorre das experiências dos actores. São os conhecimentos, o empenhamento e a sensibilidade que possibilitam as transacções interpessoais que procuram restaurar a harmonia interna essencial a um estado confortador.

¹⁴ Diz respeito à variedade e convivência de ideias, características ou elementos diferentes entre si, em determinado assunto, situação ou ambiente.

¹⁵ Reconhecimento das diferenças da individualidade de cada pessoa.

Os enfermeiros acreditam, gostam do que fazem no seu trabalho junto dos idosos e estimulam as forças vivas dos doentes idosos, demonstrada na ajuda que lhes prestam nas “pequenas grandes coisas” ou seja nos detalhes do quotidiano. A competência do enfermeiro é integradora, centrada no saber agir confortador, reúne habilidades comunicacionais, sensibilidade afectiva ou emocional e emerge como um requisito profissional, numa abordagem de aceitação, e de acolhimento e de orientação conjunta, capaz de harmonizar a intervenção realizada (Hesbeen, 2000; Watson, 2002b; Honoré, 2004).

É uma acção de cuidado que poderá ser iniciada pelo enfermeiro ou despoletada pelo doente idoso quando este solicita algo, ajuda ou atenção, num contínuo conforto/desconforto e que decorre do conhecimento/avaliação da vivência do processo de doença/hospitalização do doente idoso crónico/família pelos actores, do conhecimento inter-actores, da experiência de vida, do elo de afectividade instituído, condicionantes que se definem como determinantes à construção do cuidar confortador.

Ao exigir uma abordagem singular, a unicidade do idoso é reconhecida pelos enfermeiros, e torna-se possível através duma *relação de cuidados de proximidade e de abertura* com os idosos/família, concretizada na acção desenvolvida, na qual o conhecimento que o enfermeiro tem de si próprio, as suas crenças, convicções e opiniões sobre a hospitalização e o idoso com vivência da condição crónica, a perspectiva sobre a enfermagem e os cuidados, (no qual o conforto assume uma necessidade vital e intenção de cuidar), bem como as motivações para cuidar da pessoa idosa, se constituem mobilizadoras e determinantes para o envolvimento da relação interpessoal no cuidado, conduzindo a um **estar confortador**.

Face aos achados, as situações representativas de conforto apresentam diversas componentes e encontram sentido nos diferentes contextos definidos por Kolcaba (2003), podendo ser consideradas expressão do cuidar pelo seu efeito benéfico para com o idoso, efeito este concretizado **no sentir-se confortado e no alívio/diminuição de desconforto**.

Sentir-se confortado parte do sentido que cada idoso dá à acção. **Sentir-se confortado** é ganhar controlo e capacidade, ou seja, é participar no seu cuidado, sugerir, decidir, cuidar de si próprio (quando lhe é possível), à semelhança do que Gomes (2009) e Oliveira (2011) constataram, sendo estes aspectos que se ligam à consciência de Si próprio numa dimensão psicoespiritual, tal como é definida por Kolcaba, (2003).

Na dinâmica social do processo de cuidados de conforto o enfermeiro, perante o doente idoso em situação de dependência e vulnerabilidade, procura percebê-lo e compreendê-lo, tendo em conta o conhecimento do acontecimento de doença e o significado do mesmo para aquele doente. No contexto da situação, face ao perfil de dependência e independência do idoso, o processo de negociação, na qual a autonomia é respeitada, é promotor de conforto, concretizando-se na identificação em conjunto, ou por parte do doente idoso, de actividades que podem ser mantidas, ou levadas a cabo com a ajuda dos actores de cuidados. A participação é valorizada e possível. O grau de participação nos cuidados e na tomada de decisão varia de acordo com a condição de saúde do doente.

Alguns idosos, embora considerem a sua autonomia muito importante, pensam que é melhor entregar-se à competência de quem sabe, mostrando um reconhecimento pelo saber do enfermeiro. Os enfermeiros estão despertos para perceber os verdadeiros motivos que podem levar o doente a não participar, *dando atenção à maneira de ser/estar do idoso, às alterações físicas/doença* identificando e reconhecendo os *indicadores de desconforto/conforto*, evidenciando conhecimentos do agir profissional em enfermagem, competências técnicas e relacionais, que permitam **avaliar a situação com o doente** e compreender os limites do negociável. O processo confortador contém em si estratégias de *fazer por* (Swanson, 1991), na medida em que o enfermeiro faz pelo doente idoso o que ele faria por si próprio se fosse possível, ajustando a sua acção às necessidades de cuidados, com vista a um maior e melhor conforto, ou seja, consiste em **ajudar à medida das necessidades do idoso**.

É no reconhecimento do saber e na relação de reciprocidade entre doente e enfermeiro, que o planeamento do processo de cuidados de conforto geriátrico permite assegurar determinado poder que leve a equidade dos ganhos. Tal efectiva-se numa acção conjunta, visando atingir objectivos comuns. O processo de conforto integra o idoso, como parceiro de cuidados, o que implica o conhecimento do que constitui as vivências individuais de cada um, para que o cuidado possa ser centrado na globalidade da pessoa, encontrando, esta ideia, sentido nos estudos de Gomes (2002, 2009). Para tal, os enfermeiros centram-se nos idosos numa procura constante em responder às necessidades dos mesmos, evidenciando um esforço para cuidar de forma individualizada, identificando resultados da sua intervenção. Esta perspectiva é apoiada por Watson (2003), quando defende que o cuidar é um factor vital para o crescimento humano, manutenção da saúde e sobrevivência, sendo fundamental que se assuma como uma intenção e um compromisso. Ainda que, o processo de conforto tenha como finalidade principal o desenvolvimento e o crescimento da pessoa cuidada, realça-se a possibilidade do enfermeiro **crescer com o doente idoso**, pela

aprendizagem que acontece com a partilha da experiência com o mesmo, o que permite ao actor prestador de conforto **gerar conhecimento**.

Quanto mais dependente é o idoso, mais valorizado é o detalhe, o qual revela o verdadeiro olhar dirigido ao doente, concretizado nas diferentes formas de ser/estar do enfermeiro. Sempre que possível, o enfermeiro procura a satisfação pelo próprio doente, numa **atitude de equilíbrio e balanço entre o maior conforto/alívio de desconforto possível**, construindo assim a sua decisão, a qual irá ser suportada pelas diferentes estratégias confortadoras mobilizadas, e realizadas **de forma entrelaçada**, ou seja, à medida que os cuidados ocorrem. Embora no presente estudo, nem sempre o enfermeiro tenha cedido prontamente à vontade inicial do doente idoso, provavelmente pela circunstância risco/desconforto, o actor que conforta está consciente do direito do doente, criando condições para este decida, ou seja, informando, estimulando e negociando. Tal atitude revela que o enfermeiro avalia o que é considerado “*bem ou mal*” para o idoso, na perspectiva deste, constatando-se que os cuidados se inscrevem num projecto de **vivência e cuidado confortador**.

Sentir-se confortado relaciona-se também às estratégias confortadoras, de acção/interacção, mobilizadas pelos enfermeiros que atendem à necessidade do idoso quer por diminuição funcional associada ao envelhecimento quer pela situação clínica, na qual algumas delas se assumem como intervenções correntes administradas de forma individualizada, as quais o idoso deseja que lhe sejam feitas e que procuram aliviar/diminuir o desconforto e investir no conforto, requerendo atenção e cuidado na forma de administração, como seja *o alívio de desconfortos através de massagens/mobilização e terapêutica*. Quer nos momentos particulares de conforto, nomeadamente, *cuidados de higiene e arranjo pessoal, contacto inaugural e visita da família*, quer noutros cuidados ligados ao quotidiano, onde se inclui a *alimentação e a mobilização*, o enfermeiro mostra sensibilidade para necessidades especiais, articulando desejos/vontades do idoso, demonstrando carinho e apoio. São cuidados ajustados à particularidade/individualidade de cada doente, rompendo com algumas normas hospitalares sempre que tal se revela essencial ao seu conforto. **É o sentido particular, de individualização, pela atenção e pelo interesse** que são dados aos cuidados, os quais são valorizados pelo idoso como confortadores.

O tempo de hospitalização do idoso (reincidência e internamento prolongado) não só promove o **conhecimento inter-actores, como também potencia** o desenvolvimento de um **processo afectivo-relacional** que se evidencia como confortador para o doente idoso e

que é igualmente reconhecido pelo enfermeiro. São **estratégias que vão criar proximidade e nutrir a relação**. Como já referido, conhecer o idoso, é por si só, uma expressão de relacionamento, de solidariedade e uma condição para um profundo sentimento de compreensão relacionado à existência do mesmo. O papel releva um conjunto de atitudes, comportamentos ou competências relacionais que mantêm a humanidade do idoso (o toque, o silêncio, o olhar, a conversa, o sorriso, a demonstração de carinho, amor e simpatia, a presença efectiva e incondicional - física e emocionalmente).

Por vezes, muitas destas estratégias são trabalhadas pelo enfermeiro tendo em conta a situação do idoso, procurando o enfermeiro adoptar um conjunto de comportamentos, que são valorizados pelos idosos como confortadores. Desta postura, resulta uma atitude de **ponderada solicitude**, que se concretiza ou como acção confortadora que consola e ajuda, ou como sentimento partilhado, que se revela na compaixão (Vieira, 2007). A vivência pelo idoso do seu próprio sofrimento abre caminho à arte de cuidar de enfermagem geriátrica, onde cuidado e compaixão caminham em paralelo.

Pelos diferentes modos de comunicar já descritos, percebe-se que o enfermeiro está atento e é sensível à debilidade e à fragilidade do doente idoso, evidenciando-se fortemente um espaço de abertura promotor de **confiança intencional** e necessário a um **estar confortador**, criando-se espaço para a expressão de sentimentos e emoções, no sentido de verbalizar a dor e outras queixas. É uma forma de estar do enfermeiro que o caracteriza e permite que o idoso perceba que o enfermeiro se interessa por ele, numa postura de *disponibilidade*, de estar emocionalmente, à luz do que Swanson (1991) definiu na Teoria do cuidar – *Estar com o idoso* –, que se traduz num conjunto de atitudes que evidenciam os modos/formas de confortar. São as características definidoras ou competências comportamentais do enfermeiro (Sapeta, 2011) que, em convergência com a formação e a experiência adquirida, dão sentido ao cuidar confortador. No entanto, torna-se particular neste processo de conforto, a necessidade de “afinar” esta forma de ser/estar do enfermeiro, no sentido de uma maior consciencialização da importância da comunicação/interacção como um eixo permanente, peculiar e essencial no cuidar confortador geriátrico.

Sentir-se confortado é estar informado e saber mais, o que emerge como consequência da acção do enfermeiro. No processo de gestão da informação, há uma relação significativa entre a satisfação com a informação e a percepção do estado de conforto (Lopes, 2006). Os doentes salientaram que os enfermeiros satisfizeram as suas necessidades de informação, fizeram-lhes ensino, estiveram presentes e apoiaram-nos sempre que necessário. À semelhança da teoria de cuidar de Swanson, (1991) *Capacitar*, para a prática de cuidados surge como um conjunto de estratégias que são promotoras de

conforto, pois visam a independência, o autocuidado e as potencialidades, nos quais se incluem aspectos como: aconselhar, informar, explicar, validar as situações vividas, resultados que, igualmente encontram sentido na Teoria de Conforto, de Oliveira (2011).

Nesta dimensão, as **atitudes de “não conforto”** reportam-se, essencialmente, à ausência de informação/esclarecimento pelo médico, o que pode evidenciar uma desvalorização do cuidado que conforta o doente idoso. Quando este se encontra com falta de informação, fica insatisfeito e sente-se desconfortado, estando esta insatisfação ligada quer aos aspectos que se relacionam às informações sobre a doença em si, quer às expectativas futuras que possam contribuir para o seu bem-estar, recuperação da sua saúde e maior qualidade de vida. Neste sentido, o doente idoso solicita informação junto do enfermeiro, vai perguntando sobre os diferentes assuntos relacionados com a sua situação, nomeadamente, a doença, os tratamentos, os exames ou ainda outras questões relativas aos cuidados.

Para o idoso, sentir-se desconfortado pode estar relacionado com as vivências da sua situação, (tristeza gerada pelas memórias/lembranças da situação de vida, medos/receios, dificuldade de adaptação à mudança), ou por experimentar um agravamento do seu estado de conforto/desconforto (dor/outras queixas). Não só o significado espiritual que cada idoso encontra para dar *sentido à vida* é percebido como confortante, como o *respeito demonstrado* constitui uma forma/modo de confortar, procurando, desta forma, segundo a Teoria de Kolcaba (2003), atender ao contexto psicoespiritual. Nesta ordem de ideias, abre-se um espaço onde tem lugar a permeabilidade relacional alicerçada no respeito, na consideração, na compreensão, na disponibilidade e na abertura – maneiras de ser/estar geradoras de confiança e segurança e promotoras de um estado de conforto psicoafectivo.

O doente idoso pode **experimentar menor conforto, ou seja um desconforto agravado/acentuado** pelo facto de não ter tido resposta ou apoio aos seus desejos/necessidades particulares, ou ainda por se sentir desrespeitado, não ter sido escutado, situações que lhe provocam desagradado e que vão induzir ou aumentar o seu desconforto. Neste caso, o idoso, embora não compreenda qual o motivo das reacções dos actores, adopta uma atitude de resignação, sentindo-se forçado a suportar o seu desconforto, o que vem de encontro ao resultados dos estudos de Cameron (1993) e de Oliveira (2011), os quais concluíram a despersonalização sentida pelos idosos quando os profissionais de saúde não responderam aos seus desejos e às suas necessidades individuais.

A intervenção confortadora assenta, também, no reconhecimento dos contextos **sócio-familiares/relacionais do idoso**. O reconhecimento da família junto do doente idoso integra o processo de cuidados de conforto pela consciencialização que o enfermeiro tem da importância do apoio/presença dos mesmos, factores relevantes de conforto, pela satisfação e bem-estar que promovem nos doentes idosos. O enfermeiro cria condições para que a família esteja presente, tendo em conta os desejos/vontade dos idosos. Os doentes idosos, de uma maneira geral, beneficiaram, regularmente, da visita dos seus familiares, permanecendo muitos deles de forma consistente e, demonstrando à vontade para se dirigirem ao enfermeiro. O clima era de diálogo, de abertura, de partilha e de aproximação. Contudo, só pontualmente o enfermeiro recorreu aos familiares, quer para colaborar no que desejassem (confortar ou ajudar), quer para justificar intervenções ou solicitar algo (objecto pessoal), o que deixa transparecer que, aparentemente, os doentes idosos não usufruem duma participação familiar efectiva nos cuidados que confortam.

Os efeitos do cuidar confortador projectam-se na intersubjectividade do idoso, o que torna claro a verdadeira intenção do cuidar geriátrico. A construção e o desenvolvimento do cuidar confortador assume-se como **um modo/forma de cuidado** individualizado e intencional, num determinado momento (circunstancial), que atende às vivências de cada idoso/família e dá resposta às diferentes necessidades de cuidados, exigindo, por isso, uma aproximação à situação/idoso. **É um agir concertado/adequado e integrador** que tem subjacente a intenção de confortar e se funda numa relação de proximidade e de compreensão empática, conducente a uma prática de cuidar individualizada que encontra similaridades em estudos como os de Gomes (2002, 2008), Costa (2006) e Oliveira (2011).

Face aos achados, é possível inferir que, para o idoso, os cuidados realizados traduzem-se em momentos que reconhecem como confortadores, *“Obrigada Sr. enfermeiro, agora estou muito bem... estou confortável.” (Id19)* e, para os enfermeiros a tomada de consciência da forma como se cuida, da intenção confortadora, possibilita a vivência de bem-estar: *“Confortar... é assim... o doente pediu-me uma massagem nas pernas e eu... agi com uma massagem (...). Sinto-me bem quando faço estas coisas ao doente. Sei que isto proporciona bem-estar, vejo que ficam bem.” (E1)*. O enfermeiro adopta determinados comportamentos, atitudes e habilidades que permitem ao doente obter resultados benéficos, com especial referência para a promoção da confiança que é construída numa linha paralela à consolidação da relação entre o enfermeiro e o doente idoso, na qual se verifica uma relação de empatia/cumplicidade, assente no respeito e consideração pelo idoso, assumindo uma perspectiva holística, intervindo positivamente no atendimento individualizado/personalizado. O enfermeiro está habilitado, com competências e

qualidades, nas quais predominam a atenção e a ajuda singular à pessoa, por meio de uma aproximação dignificante.

A acção confortadora é dotada de sentido, é orientada pelos deveres e compromissos, que preconizam o respeito pelos valores humanos (Art.º81º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, do Código Deontológico do Enfermeiro), a humanização dos cuidados (Art.º 89º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros) e a excelência no serviço (Art.º 88 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2011). Na medida em que procura simultaneamente atender ao pormenor e responder à globalidade da pessoa, reveste-se de complexidade e de intencionalidade terapêutica, reafirmando o compromisso de aliviar a dor/sofrimento, de ajudar e confortar, sempre. Assim, o processo de cuidar confortador geriátrico *edifica-se na relação* que desenvolve, atribuída de sentido, *não só pelo que se faz, mas como se faz*, constituindo-se como um processo interpessoal, orientado por diferentes objectivos comuns, frequentemente, terapêuticos. Num processo de co-construção contínua e de procura de sintonia inter-actores o enfermeiro vai ao encontro do idoso e “eleva-se” a uma acção praxica complexa e organizada, ajudando-o na descoberta do seu potencial de desenvolvimento com vista a um **melhor e maior estado de conforto**. O diagrama 22 apresenta esquematicamente a articulação dos aspectos referidos determinantes na **construção do cuidar confortador**:

Diagrama 22 – Construção do cuidar confortador: relação de sintonia co-criada



Pelo envolvimento dos diferentes actores de cuidados, pela *proximidade e maneira de ser/estar do enfermeiro na relação com o idoso/família*, o *cuidar confortador geriátrico ganha preponderância na dinâmica gerada na cultura confortadora específica da enfermagem geriátrica*.

2.3. CULTURA CONFORTADORA DA ENFERMAGEM GERIÁTRICA: “ESPECIFICIDADES/DETERMINANTES FUNDADORES” DO CONTEXTO CULTURAL DE CUIDADOS – 3º EIXO DE ANCORAGEM

Numa perspectiva de articulação e de complementariedade, os eixos referidos, anteriormente, enformam-se num determinado “espaço-contexto” cultural que os gera. A leitura da realidade determina “**especificidades/determinantes fundadoras**” que atravessam o fenómeno em questão – natureza do processo *de conforto* – num contexto, particular e singular, socialmente constituído, de “**estímulos e condicionantes**”, configurando o sentido e a estrutura da **cultura confortadora específica da enfermagem geriátrica** (Spradley, 1980).

Numa lógica de integralidade, a natureza do processo de conforto encontra **condições singulares**, relacionadas com o contexto cultural. A articulação equacionada faz emergir um processo micro-social multicontextual, que dá sentido a uma identidade colectiva e, que tem subjacente as acções construídas pelos intervenientes multidisciplinares e uma série de condições estruturais que decorrem da organização e dos seus próprios princípios, do ambiente organizacional, social e específico do serviço de medicina, da coesão grupal e dos factores contextuais condicionantes e/ou limitadores do conforto, no contexto da acção (Spradley, 1980; Cardoso, 2000; Gomes, 2002; Costa, 2006; Pereira, 2008; Oliveira, 2011).

A dinâmica, os mecanismos e os processos que possibilitam os cuidados de enfermagem geriátricos e as relações interactores espelham a cultura confortadora. A estrutura e a organização, as significações objectivas, as relações interpessoais, as percepções, as emoções e as ligações dos sistemas de relações não se desenvolvem num núcleo isolado dos contextos e das pessoas; promovem padrões estandardizados que constituem o *habitus* do serviço e de cada profissional, à semelhança de outros contextos estudados (Gomes, 2002, 2009; Costa, 2006; Oliveira 2011; Sapeta, 2011) e concretizam-se numa construção interactiva e contínua entre actores/meio dando sentido a uma dinâmica estrutural de toda a situação de cuidados confortadores, a qual se caracteriza pela junção de *padrões e de condições*, que se posicionam como geradores ou condicionantes da acção (Oliveira, 2011), enformando a **cultura específica confortadora da enfermagem geriátrica**, em período de tempo particular.

O contexto não é estático, na medida em que decorre de um processo de transformação dinâmico de estruturas e de actores, onde **os significados estão contextualizados socialmente**, quer pelas trajectórias e percursos biográficos, exercício do

trabalho e percurso dos cuidados, quer ainda pelas estratégias de acção e condições organizacionais, o que implica não só a análise das interacções, mas também das suas características específicas, “regras” institucionais e normas sociais (Costa, 2006) – *referências na compreensão dos fenómenos, que definem a cultura confortadora*.

Neste contexto micro-social, que temos vindo a analisar, identificam-se **determinantes chave e concorrem condições** que, não só caracterizam o serviço e determinam o ambiente de cuidados, como também enformam e estruturam o processo de conforto, quer por se considerarem limitadoras ou favorecedoras do mesmo.

No domínio específico do trabalho de produção de cuidados geriátricos, o carácter profissional e o *saber* têm um papel decisivo. No plano das situações concretas, apesar do médico ser a figura central na coordenação das várias solicitações médicas, nomeadamente nos actos de diagnóstico e de decisão terapêutica que constituem as dimensões de trabalho médico, (Lopes, 2001), é o *trabalho de enfermagem que assegura a ordem na fluência e na sequência das intervenções*. Desta forma, gerindo a continuidade dos cuidados, é requerido à enfermagem o controlo permanente da situação clínica do doente idoso, gerando espaços informais de reajustamento e implicando permanentes formas de negociação. Apesar da diferenciação da natureza do trabalho de cada categoria profissional, o contexto de acção na relação inter-parceiros faz com que os diferentes actores disponham de uma margem de liberdade que utilizam de forma estratégica na expansão da singularidade e da subjectividade. A articulação com a equipa de saúde tem implicações positivas e favoráveis nas relações interactivas e nos cuidados de saúde, concretamente na acção confortadora.

É num contexto de acção fortemente afectivo que os actores interagem, numa relação positiva promotora de conforto psicoafectivo, pela disponibilidade e pela relação de empatia/cumplicidade, demonstrada pelos enfermeiros. **A reincidência, o internamento prolongado e o estabelecimento de compromissos** tornam possíveis o clima de afectividade e de envolvimento e, o estabelecimento de uma relação de confiança. Enfermeiro/idoso/família interagem, numa continuidade de cuidados, *construindo uma relação de proximidade e de confiança*. É uma realidade que reforça as conclusões de Kérouac et al., (1996) e, se constitui como um *modelo profissional de referência para os novos enfermeiros*, vindo contrariar o que alguns autores defendem acerca das concepções humanistas, nas quais se verifica uma tendência para se situarem mais ao nível dos discursos do que das práticas dos enfermeiros (Wilkin & Slevin, 2004; Defloor et al., 2005).

Junto dos doentes idosos que vivenciam uma situação crónica, é o enfermeiro o elemento que permanece mais tempo junto dos mesmos e demonstra maior proximidade e

implicação pessoal. A duração de contacto entre o enfermeiro e o doente idoso é imprevisível. Habitualmente, o enfermeiro está mais tempo com o doente quando as intervenções instrumentais requerem maior permanência. Tal, não invalida o facto de o enfermeiro mostrar um acompanhamento de proximidade que se reverte em **atitudes de atenção multifocal** dirigidas ao doente idoso. **O enfermeiro surge como o actor privilegiado e facilitador do percurso de cuidados de conforto**, escolhido pelo próprio doente idoso, que faz movimentar toda a dinâmica de cuidados e permite uma maior expansão das relações, aspectos evidenciados em diferentes estudos nacionais e internacionais (Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004; Lopes, 2006; Silva, 2006; Pereira, 2008; Oliveira, 2011; Sapeta, 2011; Frias, 2012), sendo consensual este papel, para os restantes actores.

O contacto inaugural (momento de acolhimento) é realizado pelo enfermeiro de forma *racional e personalizada*, o que permite, desde logo, o *estabelecimento de uma relação de proximidade promotora de bem-estar e de confiança*, influenciando a qualidade do relacionamento na continuidade dos cuidados no decorrer da hospitalização, o que se evidencia como indispensável na participação da dinâmica terapêutica, especificamente confortadora. A postura e a responsabilidade dos enfermeiros parecem ser evidentes através da legitimidade de participação e de responsabilidade na prestação de cuidados, assumindo um posicionamento próprio que resulta do processo de socialização, concretamente da experiência, da formação, das vivências diárias, tendo em conta os valores do doente, os do enfermeiro e o contexto de cuidados, (Kolcaba, 2003; McCormack, 2003; Nolan et al., 2004; Peek et al., 2007; Oliveira, 2011).

O ambiente integrador tem um efeito positivo no conforto e contextualiza-se na liderança que é reconhecida como geradora de segurança, mobiliza dimensões de atenção em função do todo, evidenciando as qualidades humanas e profissionais do enfermeiro-chefe, num saber *ser/estar capaz de gerir* a complexidade. Esta relação advém da capacidade do enfermeiro-chefe em se colocar no lugar do outro, permitindo compreender e interpretar a partir dessa perspectiva (Serrano, 2008). O respeito e o bom ambiente são evidentes e promovem o espírito de equipa e a rentabilidade da mesma, numa prática de cuidados que se revela ser holística, humanista/afectiva, sendo estes aspectos mais-valias para a motivação e para a satisfação pessoal e profissional dos actores de cuidados. Não só a supervisão dos cuidados e a gestão global do serviço assumem uma dimensão construtiva, positiva e de desenvolvimento humano dos actores, como a estabilidade da equipa de enfermagem é essencial e promotora da ligação afectiva inter-equipas e das relações inter-actores. O contexto constitui-se, por si só, motivador e culturalmente formativo, evidenciando-se momentos de partilha de experiências, de formação e de

participação que apelam à análise individual/colectiva e à singularidade das situações, estimulando o aprender, o reflectir e o participar, **potenciando os cuidados confortadores**.

As concepções da enfermagem geriátrica e de “conforto”/“não conforto” constituem um domínio do **contexto de cuidados** e dos **alicerces do cuidar/cuidado confortador** os quais reflectem os valores e a forma como os enfermeiros se projectam na prática de cuidados. A orientação é reveladora de uma *filosofia humanista/afectiva* na qual se evidencia a construção de um cuidado de enfermagem que tem como finalidade vários objectivos terapêuticos, em particular o conforto. Tendo por base o relacionamento com o doente idoso, o enfermeiro apreende as vivências do mesmo de modo a responder ao desejo, à vontade, à preferência e à necessidade do doente, o que torna particular a intervenção que conforta. Tal acontece sempre que o enfermeiro considera poder fazê-lo; baseado no discernimento relativamente aos benefícios e às ameaças, ocorrendo por isso um exercício de negociação facilitado por este, adoptando uma forma humanista e holística de cuidar, caracterizadora das escolas de pensamento de enfermagem integradas nos paradigmas da integração/transformação (Kérouac, et al., 1996).

Há evidência de uma relação integradora entre a experiência de vida dos enfermeiros com idosos e a predisposição dos mesmos para os cuidados geriátricos, a qual assenta *na motivação/gosto* em trabalhar com idosos e numa sensibilidade particular à vulnerabilidade/fragilidade/dependência dos mesmos.

No núcleo polarizador da dinâmica cultural, as condicionantes organizacionais fizeram emergir um domínio relativo aos **factores contextuais limitadores do conforto do idoso**, nos quais a imprevisibilidade das circunstâncias e dos recursos para os cuidados levam a que seja necessário conciliar os interesses, os desejos e vontades com as tensões presentes em cada situação e a cada momento. **A falta de tempo no cuidado** é para o enfermeiro, um factor limitador do conforto do doente idoso, na medida em que é impeditivo de tornar possível o maior conhecimento do mesmo, facto que se relaciona com diferentes condicionalismos que se constituem como dificuldades e obstáculos, nomeadamente: (i) a elevada taxa de ocupação do serviço, quando se verifica o excesso da lotação, ocorrendo a hospitalização dos doentes em macas, (ii) o aumento das exigências de trabalho, o que acontece habitualmente pelo elevado grau de dependência e/ou o baixo ratio enfermeiro/doente em determinados turnos e/ou em situações de maior gravidade clínica. Efectivamente, quando existe um elevado nível de dependência dos idosos ou quando o serviço está sobrelotado, podem levantar-se dificuldades, junto dos enfermeiros, ao procurarem confortar o idoso na medida em que o tempo se torna diminuto ou escasso. Estes condicionalismos fazem com que os enfermeiros tenham que acelerar o ritmo de

trabalho ou tornar-se menos atentos às necessidades de conforto do doente, ou ainda, o mesmo possa ter maior dificuldade em se dar a conhecer ou em solicitar o que deseja ou sente. Pode ainda acontecer que o enfermeiro, ao considerar o ritmo de trabalho/exigência de cuidados elevado, não determine o estado de conforto como prioritário, podendo haver alguma demora em responder às necessidades/pedidos. Parece ser consensual a necessidade de uma **organização de trabalho** conducente a um interesse imediato de resposta às necessidades do doente idoso, quer sejam estas complexas ou simples, se bem que multidimensionais, acedendo, desta forma, ao que é particular e constitui as necessidades de conforto do doente idoso crónico e do colectivo organizacional.

O **carácter de incerteza e de imprevisibilidade** acontece no dia-a-dia dos enfermeiros, em diferentes momentos, nomeadamente em situações de morte, constituindo-se estas, focos de tensão que exigem flexibilidade nos procedimentos e nas “rotinas” hospitalares. O padrão de cuidados confortadores nas últimas horas de vida e no momento da morte é centralizado visando proporcionar uma morte digna e em paz. Desta forma, evidencia-se uma preocupação de toda a equipa para aliviar a dor e o sofrimento, para acompanhar e partilhar com o doente idoso e a sua família (vulnerável a desequilíbrios), a certeza de que não estão sozinhos, emergindo como núcleo fundamental a qualidade da relação confortadora. Decorrente destas situações, o doente advoga que o enfermeiro tem muito trabalho e está muito ocupado, acabando o **padrão de conforto por ficar comprometido**. Os enfermeiros procuram compatibilizar interesses, dando resposta ao doente idoso em particular e, ao colectivo da organização, emergindo tal como um desafio, podendo, no entanto, haver uma menor atenção às necessidades de conforto do mesmo, acelerando o ritmo de trabalho e solicitando colaboração de outro profissional para determinadas actividades, o que torna mais difícil a atenção aos “pequenos detalhes”. A **gestão da sobrecarga** evidencia-se como importante na efectivação dos cuidados de conforto. Decorrente destas situações, o enfermeiro pode *delegar cuidados/tarefas* (como, por exemplo, o banho e a alimentação) *noutros actores de cuidados* (nomeadamente nas assistentes operacionais), cabendo sempre a tomada de decisão ao enfermeiro, o qual adopta estratégias de supervisão para salvaguardar a segurança dos doentes, tal como é consagrado no art.º 10 das competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003). Nesta situação, os dados revelam que os assistentes operacionais confortam, sem contudo ser claro que o façam de forma sistemática, por não lhe ser conferido o conhecimento técnico-científico. Assim se percebe que, no decorrer da “azáfama diária”, a **gestão do tempo** na construção do cuidar confortador emerge como uma **condição estrutural**.

Essencialmente, a *perspectiva de segmentação de cuidados* acontece, pela pouca expressividade e relevância dada aos registos de enfermagem no processo de conforto. A

passagem de turno é longa e os doentes são “passados”, preferencialmente, pelo nome, sendo comunicadas alterações verificadas, características fisiológicas e de comportamento, e prescrições autónomas, além de outras. A transmissão de informação oral e escrita evidencia pouca relação com este processo, constituindo, por um lado, um factor de descontinuidade e, por outro um desafio: *“Podemos melhorar os registos e ocorrências no que diz respeito ao conforto... é um desafio. São incompletos! Sinceramente não é muito falado [o conforto]. Falamos em termos de dor, só!”* (E8). A *preparação da alta*, embora com uma perspectiva multiprofissional onde todos têm co-responsabilidades e um papel na orientação do sentido e do significado da mesma, constitui uma dimensão de trabalho que exige dos enfermeiros a construção de um saber, experiência profissional e mobilização de recursos, centrando-se num processo de assimilação do doente idoso/família, tal como Serrano (2008) observou.

Centrado nos determinantes organizacionais, de estrutura e de funcionamento do serviço, os aspectos ligados à **humanização do ambiente físico hospitalar**, nomeadamente, a *luminosidade, barulho/ruído, temperatura, limpeza da unidade, condições físicas (comodidade da cama, espaço de privacidade/individualidade)*, e ainda *as actividades de lazer* são **determinantes chave no padrão de conforto do idoso**. Neste processo e, no âmbito dos aspectos organizacionais e normativos ligados à *qualidade e à confecção da alimentação*, percebemos que estes se constituem como promotores de desconforto; no entanto, fora da intervenção directa do enfermeiro, na perspectiva de Kolcaba (2003). A existência de alguns aspectos estruturais e de organização deficitários (ausência de um espaço privado e a existência de macas no corredor) são potenciais factores limitadores do conforto; no entanto, não impedem a existência de uma dinâmica e construção da acção confortadora, permitindo a privacidade e a individualidade dos cuidados prestados, contribuindo assim para a satisfação dos doentes idosos.

Numa perspectiva de **integralidade dos cuidados de conforto geriátrico**, as *condições de estrutura/funcionamento do serviço e as suas interrelações* são, desta forma, *indutoras de conforto/desconforto* sendo que, a insatisfação de uma delas poderá provocar sempre repercussões na satisfação de outras, pelo que, se deve procurar satisfazê-las a fim de manter e conservar o equilíbrio físico, psicológico, social e espiritual da pessoa, o que não só contribui para o processo terapêutico do doente – **experimentar um melhor e maior conforto ou sentir-se confortado** – como também para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos actores de cuidados envolvidos, o que encontra proximidade conceptual nos estudos de Kolcaba, (2003), Tuton & Seers, (2004), Apóstolo, (2007) e Oliveira, (2011).

O processo de investigação etnográfico e os modos diversificados de interacção permitiu-nos perceber que, na natureza do processo de conforto, se identificam padrões ou

condições que enformam o contexto micro-social. Os determinantes organizacionais são condicionantes da natureza confortadora, e os elementos estruturais, normativos e de funcionamento centrados nas condições ou elementos do *contexto da acção* constituem-se ora como limitadores ora como potenciadores da humanização dos cuidados, de um ambiente terapêutico e da integralidade dos cuidados de conforto geriátrico. Os cuidados acontecem numa sequência dinâmica e sistemática. A imprevisibilidade é demarcada pela *“inter-relação entre factores e pressões”* com sentido potenciador da acção confortadora.

É neste quotidiano que, apesar da existência de alguns condicionantes limitadores do processo de conforto, o enfermeiro vai co-construindo o cuidar confortador constituindo-se o mesmo *como estimulador e desafiador*, como percebemos: *“(...) são doentes predominantemente idosos, com multi-patologias, com grau de dependência grande (...). Motiva-me trabalhar com os idosos. Motiva-me bastante. É um desafio, é uma faixa etária bastante interessante, é um ensino de vida, porque todos eles têm um livro cheio de mensagens e só não aprende quem não quer!”* (EE6). Numa encruzilhada de **“estímulos e condicionantes”** um colectivo em interacção concorre para a compreensão da multidimensionalidade de todo o processo de conforto geriátrico alicerçado no desenvolvimento pessoal dos actores e no desenvolvimento profissional e intervenção desenvolvida pelos enfermeiros, com a variabilidade inerente aos actores envolvidos, com as condições, as especificidades e determinantes singulares do espaço, presentes no contexto, que variam no quotidiano, tal como podemos observar no diagrama 23:

Diagrama 23 – Cultura confortadora da enfermagem geriátrica:
“especificidades/determinantes fundadoras” do contexto cultural de cuidados

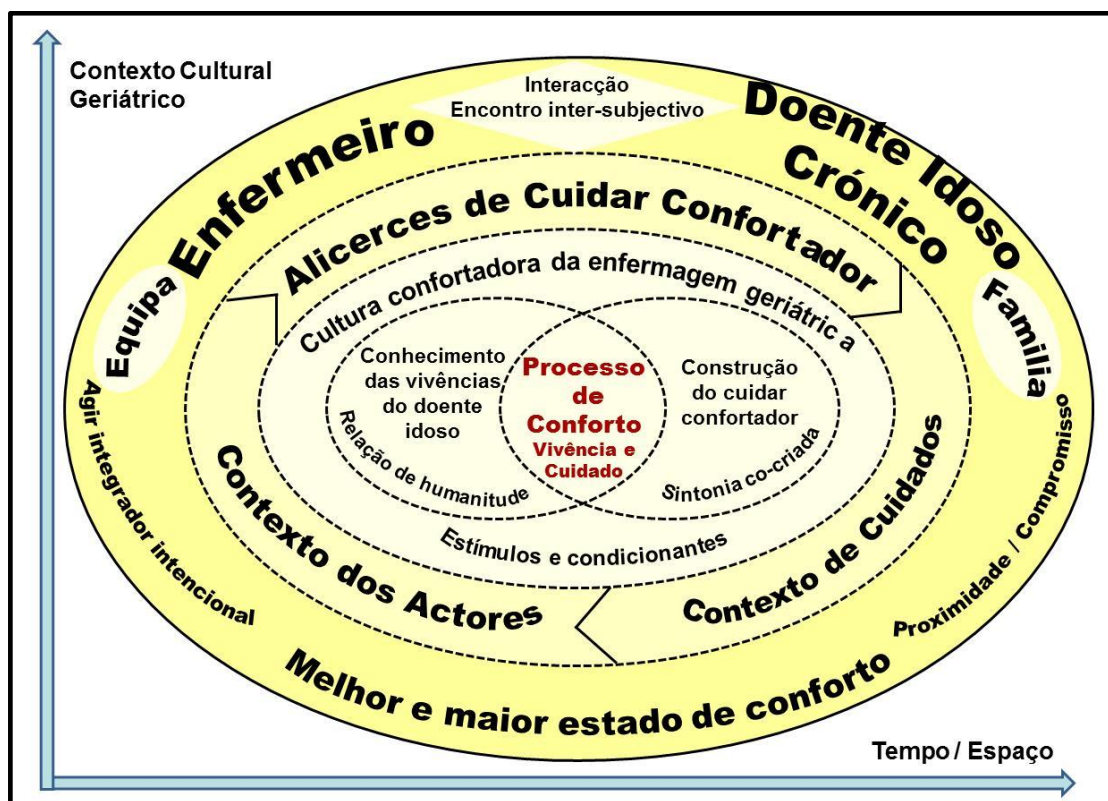


EM SÍNTESE:

Ao aproximarmo-nos do final, cumpre-nos apresentar uma síntese dos resultados obtidos, reunindo ideias principais. Fazemo-lo, essencialmente, como um súmula do nosso trabalho, a qual resulta do produto de um conhecimento sustentado num olhar mais aprofundado sobre o cuidar geriátrico, numa perspectiva simultaneamente individual e colectiva, decorrente do modo de investigação por nós utilizado – estudo etnográfico – conduzindo-nos a uma convergência de resultados, o que se revelou como possível para gerar a *explicação/construção teórica* de uma situação específica, que procurámos desenvolver com este estudo: *“A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado: projecto integrado de Vivências e Cuidado co-criado, num contexto cultural de “estímulos e condicionantes”*. Foi essencial partirmos para o estudo dos acontecimentos, em situação natural, integrados no terreno, conhecer o significado que os actores atribuem ao que fazem em determinadas circunstâncias, aceder ao mundo dos actores em contexto e, penetrar no sentido das acções e da organização em geral.

A natureza responde ao primeiro dos objectivos a que nos propusemos e refere-se à componente expressiva do **processo de conforto geriátrico**, o qual engloba e articula a conjugação dos *contextos de actores e cuidados e, os alicerces do cuidar/cuidado confortador*. É na variabilidade da conjugação e articulação destas três perspectivas que se constrói este processo, o qual *emerge ancorado nos três eixos*, por nós já explanados. Os resultados e a inter-relação estabelecida entre os referidos eixos colocaram a descoberto a complexidade do fenómeno, onde *o agir integrador e intencional do enfermeiro é determinante para dar resposta às necessidades de cuidados, especificamente de conforto do doente idoso*, e permitiram construir um modelo dinâmico explicativo da *natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar*, em período de tempo particular, tal como apresentamos, esquematicamente, no diagrama 24:

Diagrama 24 – Modelo dinâmico explicativo da natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar



Clarificando as questões que nos guiaram no processo de investigação e, reportando-nos aos objectivos do estudo, procuramos agora sistematizar acreditando que este conhecimento possa servir como ponto de partida para novos estudos e novos padrões de intervenção promotores de conforto:

– **A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado** surge da interação entre o profissional, o contexto e a intenção existente no desenvolvimento, e edifica-se num *projecto integrado de Vivências e Cuidado co-criado*, num **contexto cultural de “estímulos e condicionantes”**, o qual engloba a totalidade da intervenção do enfermeiro, dirigida ao doente idoso e sua família, assim como à interface destes com a equipa multidisciplinar e a organização.

– **A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado** caracteriza-se pela necessidade de olhar para o doente idoso na sua globalidade. Este processo acontece ancorado numa *acção singular e apropriada*, orientada pelo reconhecimento do Outro e pela intencionalidade da procura da singularidade/particularidade de cada idoso/situação, numa relação que se desenvolve atribuída de sentido, *não só pelo que se faz, mas como se faz*. Não é por isso um processo

simples ou intuitivo (Kolcaba, 2003), mas sim complexo e aplicado, pois sofre influência de diferentes condicionantes e variáveis, exigindo um conjunto de qualidades humanas e profissionais por parte do enfermeiro.

– **Na microcultura em questão – serviço de medicina** – a dinâmica de co-construção confortadora dos cuidados geriátricos articula universos socioculturais e profissionais e concretiza-se em redor de uma determinada situação que envolve quem o constrói, quem o recebe e o próprio contexto. Numa relação de sintonia *inter-actores*, cada actor interliga-se na totalidade e interage em função do todo, numa estrutura de pressupostos culturais, numa envolvente global de contextos, actores e objectivos organizacionais.

– **Na construção, no desenvolvimento e na prática confortadora geriátrica** concorrem, em simultâneo, *as vivências do idoso/família, a co-construção de cuidados numa relação de sintonia interactores*, ancorada em concepções de enfermagem humanista-afectiva dos enfermeiros que gerem e supervisionam os cuidados e, mobilizam estratégias confortadoras premiadas pelo envolvimento dos diferentes actores de cuidados, pela **proximidade e maneira de ser/estar do enfermeiro** na relação com o idoso/família.

– **O cuidado que conforta** define-se como um processo **social, multicontextual, integrador, individualizado e subjectivo**, que lida com múltiplas variáveis dinâmicas e assume **uma lógica de compromisso, intencionalidade e mutualidade na continuidade**, assente num modelo integral de acompanhamento do doente idoso a partir da totalidade do actor que cuida com a totalidade da pessoa cuidada.

– Apesar do *coenvolvimento de todos os actores*, este estudo evidenciou a natureza e o sentido do trabalho de enfermagem. **A acção do enfermeiro**, como *processo privilegiado de interação confortadora*, focaliza-se no *doente idoso – Ser de dependência, fragilidade e vulnerabilidade acrescida* – na relação com a “sua família”, com todas as alterações socioafectivas e implicações *no momento e em situação*, em que o enfermeiro responde às necessidades globais do idoso para a concretização do seu projecto de saúde, tal como este o concebe. Na relação com outros **actores promotores de conforto**, *a família/pessoa significativa* constitui, para o doente, um grande suporte de ajuda/apoio.

– **As necessidades do idoso que enformam os cuidados confortadores** constituem uma realidade dinâmica e assumem múltiplas dimensões que advêm da individualidade/particularidade dos doentes idosos e que decorrem num certo momento e circunstância. O foco no desconforto para compreender o conforto é evidente neste estudo e

consistente com a missão de enfermagem (Kolcaba, 2003). O trabalho de atenção ao que é dito, mas também ao que vai para lá do dito, constitui um modo/forma de dar a palavra ao doente idoso na expressão destas mesmas necessidades, considerando que as pessoas têm uma vivência que lhes pertence e, que lhes é própria. Estas necessidades situaram-se nos diferentes contextos da experiência humana (físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental), e entrecruzam-se com as situações representativas de conforto para o enfermeiro com similaridade aos contextos definidos por Kolcaba (2003).

– **Neste contexto cultural**, a natureza do processo de conforto do doente idoso crónico é edificada/construída pela articulação de diferentes e complementares **situações representativas de conforto, modos/formas de confortar** que se contextualizam em estratégias/acções realizadas no dia-a dia, que procuram satisfazer as necessidades particulares – especificamente as necessidades de conforto – e que emergem, intencionalmente, mobilizadas pelo enfermeiro, para através delas obter resultados terapêuticos e/ou benéficos para cuidar o doente idoso, aspectos que vêm corroborar a perspectiva de que, o sentido/propósito de tornar o doente confortável constitui o núcleo de enfermagem (Morse, et al., 1997; Kolcaba, 2003; Oliveira, 2011). As intervenções que o enfermeiro considera serem promotoras de conforto foram, de uma maneira geral, percepcionadas como tal para o doente idoso.

– **A interacção de cuidados** é principal para a experiência de conforto, na medida em que surge como parte do cuidado e, simultaneamente, configura-o. O cuidado que conforta é co-construído numa relação de sintonia entre o enfermeiro e o doente e, na medida em que procura simultaneamente atender ao pormenor e responder à globalidade da pessoa, reveste-se de complexidade e de intencionalidade terapêutica, assente em pilares de humanidade/beneficência e reafirmando a atitude de compromisso do enfermeiro.

– **Para o enfermeiro e para o doente idoso**, o conforto é um bem valorizado e a *intenção de confortar* está implícita e subjacente *ao cuidar de enfermagem*, à acção do enfermeiro, revelando-se, não só como *um agir integrador* (relacional e técnico/instrumental) individualizado/personalizado, como também *um resultado desejado*, o que vem ao encontro da literatura de enfermagem, na medida em que confortar é considerado como ideal moral (Watson, 2002a), uma intervenção do enfermeiro (Morse, 2000), um atributo/componente do cuidar, (Kolcaba, 2003; McCance, 2005) e do “tomar cuidado” (Honoré, 2004). A intenção posta na acção imprime aos cuidados confortadores o sentido de: *conhecer o doente idoso indo à procura do verdadeiro sentido da sua vida; pôr em prática os valores de humanidade que regulam o “encontro/envolvimento” de expressão de sentimentos e de emoções; de*

presença incondicional pela palavra, pelo silêncio e pelo toque, numa relação de proximidade e de envolvimento emocional crescente.

– **O padrão ou estado de conforto** constitui a dimensão aglutinadora que dá sentido aos cuidados geriátricos de enfermagem e decorre do sentido dado à acção de cuidado ou à experiência da própria ajuda. *É subjectivo, individualizado e circunstancial*, (mais ou menos intenso num determinado momento particular num contínuo conforto-desconforto) e constitui a experiência do doente idoso em termos de conforto alcançado ou de sentir-se beneficiado pela intervenção/acção do enfermeiro ou outro actor em presença que procura confortar.

– **Sentir-se confortado** é uma experiência de âmbito holístico e multi-dimensional definida como bem-estar global. Significa obter/ter alívio/ausência de desconfortos variados, sentir-se/ficar melhor, obter tranquilidade, (satisfação, sentir confiança, consolo) obter transcendência (ganhar autonomia/capacidade, controlo e auto-estima), sentir-se ajudado/cuidado (satisfação das NHB) e valorizado/bem querido (sentir carinho, afecto, atenção, bondade/amor e simpatia) encontrando sentido na natureza holística da experiência de conforto (Hamilton, 1989; Kolcaba & Kolcaba 1991; Kolcaba, 2003, 2009; Oliveira, 2011). Assume uma dimensão contextual balanceada em mais que um contexto, na medida em que a experiência foi simultaneamente física, psicoespiritual e também sociocultural (Kolcaba, 2003).

– **O doente idoso crónico adoptou comportamentos dirigidos à saúde**, experienciados como potenciadores de conforto, nomeadamente ao decidir sobre o seu cuidado, ao obter o controlo possível na situação de cuidados ou até mesmo, em função de alguma alteração funcional, ao adoptar estratégias de autoconforto, ou ainda colaborando nas estratégias propostas pelo enfermeiro, aspectos que se situam próximos das teorias de Kolcaba (2003) e de Oliveira (2011).

– **A forma de experimentar conforto** nem sempre foi ao nível de alívio; foi também ao nível de tranquilidade (ao sentir-se confiante e ajudado) e ainda ao nível de transcendência (sentir que existe intenção, propósito/significado) nos contextos psicoespiritual e social (Kolcaba, 2003). É ainda uma experiência balanceada num contínuo conforto/desconforto sendo por isso, relativa e transitória, não implicando obrigatoriamente a existência de algum desconforto para que os doentes se sintam confortados. Estes resultados encontram similaridade com a teoria de Oliveira (2011).

– **Na construção do processo de conforto** evidencia-se uma **lógica de percurso de vida do enfermeiro**. Inscrito nesta lógica está a trajectória biográfica com idosos, o saber geriátrico, os processos de socialização e de formação, aspectos que encontram sentido numa perspectiva implicativa do enfermeiro e explicativa dos cuidados geriátricos, em redor dos cuidados confortadores aos doentes idosos crónicos. Os resultados da investigação encontram relação com o estudo desenvolvido por Costa (2006), no que se refere à construção dos cuidados geriátricos de enfermagem.

– **A rede dinâmica da situação micro-social** é demarcada pelas (in)variantes das circunstâncias, que determinam as acções e seus significados culturais, onde o conhecimento individual e colectivo e as estratégias de acção locais são suportados em momentos de partilha, criam as situações pertencentes ao fenómeno e explicam o sentido ou propósito profissional.

– Na natureza do processo de conforto, a **gestão de múltiplas variáveis situacionais** acontece entre tensões, factores determinantes da organização e do funcionamento da unidade social, nomeadamente elementos normativos da filosofia e da prática do cuidado, onde se procura encontrar um equilíbrio entre efectivas necessidades/tempo/exigências em cuidados, procurando individualizar/particularizar o cuidado diário. **A imprevisibilidade das circunstâncias** poderá constituir um “entrave” à intenção confortadora e determinar alguma forma de despersonalização, o que ameaça o equilíbrio do doente idoso e provoca insatisfação nos enfermeiros. Neste serviço, os enfermeiros reconhecem que a sua missão é cuidar o doente idoso com humanidade, confortando, evidenciando a vontade e a necessidade de disporem de mais tempo para conhecer e para estar com o doente, atendendo às reais necessidades de conforto.

– Numa prática peculiar e de sustentabilidade dos actores, **este processo edifica-se pelas necessidades/desejos/vontades preocupações, capacidades e expectativas do idoso**, por um saber profissional geriátrico, fruto de uma mobilização teórica e prática, de uma multiplicidade de conhecimentos especializados adquiridos e, de outros saberes que coexistem, de modos de estar, de pensar, ideias e valores que permitem a concretização das acções num *contexto cultural* que se caracteriza por um *ambiente integrador* e se assume como estruturante e transformador do processo confortador.

– **A cultura confortadora geriátrica** integra o processo de conforto dos cuidados geriátricos de enfermagem que resultam da conjugação integrada e dinâmica dos contextos dos cuidados, *actores e alicerces do cuidar/cuidado confortador*; marcos que edificam este

processo. Numa visão integrada, assume-se como uma realidade que apresenta uma dinâmica sociocultural particular, uma *prática social* indissociável da análise das suas dimensões simbólicas, mas nunca dissociada das construções simbólicas dos seus actores.

Em determinadas especificidades, os resultados aqui encontrados, apresentam semelhanças, entre duas teorias que se relacionam com o **fenómeno de conforto**: uma, em contexto internacional – “Teoria de Conforto”, de Katherine Kolcaba (2003) – e a outra, em contexto nacional – “Teoria de Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões”, de Célia Oliveira (2011).

3. PRINCIPAIS CONTRIBUTOS DO ESTUDO E PROPOSTAS PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Os resultados obtidos com este estudo permitiram-nos efectuar algumas reflexões e considerações acerca da estrutura essencial da natureza do processo de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, que serão apresentadas de um modo integrado pela interligação que repercussões e sugestões têm entre si. Se por um lado, possibilitou encontrar respostas para as questões que fomos delineando ao longo de todo o processo, outras interrogações foram surgindo para as quais pensamos ser útil obter mais conhecimento, a fim de sustentar práticas facilitadoras de intervenção confortadora junto das pessoas, deixando desta forma uma “janela aberta” para um percurso a perseguir.

Na prática de cuidados geriátricos os resultados constituem um contributo para a clarificação da sua realidade, concretamente, na compreensão do sentido/significado da natureza do processo de conforto o que poderá ser estruturante e inspirador para o questionamento e a reformulação de princípios e práticas relativas à gestão de cuidados de enfermagem e recursos humanos, na conjuntura actual socioeconómica. Assim, entendemos que poderá levantar questões e originar novas investigações que, decerto, evidenciarão a essência da intervenção de enfermagem.

A realidade do contexto de acção fez emergir diferentes domínios que, embora transversais a outros contextos de cuidados, representam a especificidade deste estudo e reforçam o que os estudos desenvolvidos por Kolcaba, (2003), Tutton & Seers, (2004) e Oliveira (2011) demonstraram relativamente às estruturas orientadoras da acção confortadora. A relevância da individualização dos cuidados possibilitará a reflexão e a tomada de decisão sobre as práticas, a delegação das mesmas e suas respectivas implicações, nas situações em que as pessoas se encontrem em condição de dependência, fragilidade e vulnerabilidade acrescida, como é o caso da pessoa idosa com vivência de doença crónica e hospitalização.

Colocando no centro dos cuidados o doente idoso, a intencionalidade benéfica constitui fundamento do agir dos enfermeiros participantes do estudo que acreditam que as suas acções se destinam a promover o conforto do doente idoso, enquadrando os cuidados realizados em valores humanistas. Os dados encontrados valorizam a unicidade da Pessoa do doente e baseiam-se na convicção de que este merece respeito pelo simples facto de existir além de fazerem reflectir na importância do enfermeiro estar alerta para o facto de

que o contexto de saúde influencia a construção de uma acção confortadora, pelo que aprender a ler e a compreender a linguagem da pessoa e a sua subjectividade, é premissa essencial. Desta forma, há que conhecer, compreender e perceber a dimensão do sofrimento físico e existencial do doente idoso crónico, numa relação de empatia/cumplicidade. O conhecimento das vivências, necessidades/desejos/vontades e expectativas confortadoras do doente idoso poderá facilitar a compreensão do mesmo e possibilitar uma melhor interacção. Assim, a realidade dos dados alerta para a importância de conhecer para particularizar o cuidado (condição de processo), considerado pelo doente idoso como confortador, com sentido definido na individualização da intervenção do enfermeiro para a obtenção de resultados centrados no idoso, nomeadamente, estado/padrão confortador (resultado esperado). Compreende-se a importância dos enfermeiros se centrarem nas reais necessidades dos idosos, o que passa pela construção de uma relação de confiança e proximidade dada, por si só, como confortadora, e pela procura de consistência no trabalho de equipa em redor dos modos/formas de confortar.

Na co-construção dos cuidados, o promover adesão e a autonomia e, o estabelecimento de uma relação de parceria, ganham relevância. Na sua efectivação, implica estabelecer uma relação especial com o doente, relação esta assente em pilares de humanidade, num verdadeiro encontro/envolvimento que possa levar à tomada de decisão informada permitindo-lhe ter o controlo que lhe é possível sobre a sua própria situação de vida. As referenciadas são condições essenciais nas quais os conhecimentos do doente e os conhecimentos do agir profissional do enfermeiro devem, em conjunto, orientar a tomada de decisão nos cuidados, no sentido de devolver ao idoso o sentido de utilidade e de pertença.

A interacção entre o ambiente e o estado de conforto dos doentes idosos parece fazer sentido, já que percebemos que os diferentes aspectos de organização do serviço e as condições contextuais são determinantes para o padrão ou estado de conforto do idoso e têm, por isso, um “peso” importante na qualidade dos cuidados prestados. Nas organizações, a existência de obstáculos organizacionais e funcionais, e os factores ambientais são potenciais limitadores do estado/padrão de conforto do idoso.

A criação de um ambiente favorável – por exemplo, aspectos ligados à liderança de enfermagem, como central e orientadora das concepções da enfermagem geriátrica, estruturação de indicadores/organizadores que orientem o cuidado e possibilitem a sua supervisão e avaliação, relações interpessoais/interactores, maneiras de ser/estar dos actores – possibilitará elevar a qualidade dos cuidados prestados que, possivelmente, se coadune com a perspectiva da qualidade que cada um possua, onde o padrão de conforto é

valorizado e ocupa um lugar central. Há que reflectir nos condicionalismos inerentes às rotinas diárias, na articulação e constituição das equipas, nas formas de articulação intra e inter profissional em uso e nos métodos de trabalho adequados à individualização dos cuidados, procurando (re)adequar os recursos humanos que atendam à continuidade da relação enfermeiro/doente pela centralidade que esta apresenta na construção do conforto.

Os dados revelaram ainda que, no dia-a-dia, os enfermeiros se empenham na acção confortadora assente em valores e princípios da profissão, no respeito pela identidade e autonomia do idoso, aspectos que vêm de encontro aos estudos de Veiga (2007), Gomes, (2009) e Oliveira, (2011). Estes aspectos vêm também contribuir para uma maior valorização da prática de enfermagem e respeito pelos enfermeiros, na medida, em que, ajudam, de forma muito concreta, a dar sentido ao projecto de vida e de saúde dos doentes idosos.

Seguras, no entanto, de não se tratarem de conclusões absolutas, gostaríamos que estes resultados servissem de estímulo a um modo característico de adequar as realidades dos serviços às reais necessidades de conforto/expectativas dos doentes idosos. Qualquer que seja a condição em que o doente idoso se encontre, a prática de cuidados confortadores exige uma atenção multifocal assente na singularidade/particularidade de cada idoso/situação, tendo por base uma filosofia de compromisso moral e de respeito pela sua dignidade.

No desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, os resultados evidenciam a clarificação conceptual do “bem-estar global”, pela similaridade encontrada, acreditando que o progresso científico na área do conhecimento do cuidado de enfermagem poderá ser determinante no assegurar a qualidade da saúde procurando a excelência do exercício de enfermagem. A enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento e da prática, deverá fundamentar as suas práticas em teorias que suportem a avaliação das necessidades dos doentes, a implementação dos cuidados e a avaliação dos resultados das acções desenvolvidas (Gomes, 2002, 2008; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2011).

Apesar de cada estudo etnográfico não se poder “reproduzir”, estes resultados podem servir de orientação para outros estudos, nomeadamente na pesquisa de outras contradições culturais existentes. Conscientes da importância desta temática na área substantiva dos cuidados aos idosos, pensamos ser pertinente potenciar outras pesquisas sobre o estudo do fenómeno, noutros contextos, em situações de cuidados hospitalares não crónicos, em internamentos de curta duração, em cuidados domiciliários, em lares ou outras

instituições de apoio e ainda a nível das escolas, a fim de ser possível a construção e a consolidação do conhecimento num fenómeno que se considera nobre e associado às intervenções dos enfermeiros. Obter resultados passíveis de influenciar a política de saúde do país com privilégio para a pessoa idosa parece poder clarificar e afirmar a natureza dos cuidados de enfermagem em redor do fenómeno do conforto.

Ao desenvolver investigação sobre um fenómeno do domínio da enfermagem – o conforto – e ao considerá-lo, ora como um estado resultante das intervenções de enfermagem, ora como um processo (o de confortar), (Kolcaba & Steiner, 2000; Morse, 2000; Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2011) acreditamos ser importante compreender as necessidades de cuidados das pessoas e aprender como melhor cuidar delas. Assim, pensamos que será sempre útil explorar o conhecimento no desenvolvimento da profissão dado ser um fenómeno de interesse relativo às respostas humanas no percurso de saúde-doença, um conceito integrador, que inclui diferentes indicadores de satisfação das pessoas e, que pode ser facilmente avaliado (Tutton & Seers, 2003; Apóstolo, 2007; Oliveira, 2011) procurando promover modelos de organização dos cuidados baseados em evidência.

Em tempo de desafios, ao considerarmos as orientações do Plano Nacional de Saúde 2014-2010, no que diz respeito à implementação de estratégias na promoção das melhores práticas que procurem a qualidade dos cuidados, a melhoria da saúde e a satisfação dos doentes – como objectivos transversais a todo o sistema – pensamos que este estudo poderá abrir novos caminhos, explorar novas formas de prestar cuidados e contribuir para a abertura de outras pistas de investigação em Portugal, uma vez que, até à data, apenas se verificou a realização de um estudo com doentes idosos em cuidados hospitalares agudos (Oliveira, 2011) e um estudo na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Apóstolo, 2007).

Na formação em enfermagem, os resultados do estudo contribuem para uma dimensão reflexiva e integradora da relação teoria-prática na formação em enfermagem, implicando o questionamento, em diferentes níveis de formação, sobre a forma como se ensina o confortar (e o conforto). Não estará a formação a subvalorizar esta dimensão terapêutica de enfermagem, aceitando a posição que alguma literatura explana no sentido de o remeter somente para as estratégias de alívio de desconfortos através de terapêutica, massagens, posicionamentos, ou reservá-lo para os momentos dos cuidados de higiene? Qual será a importância atribuída pelos professores e pelos estudantes de enfermagem ao fenómeno do “conforto”? Como é ensinado? Que aspectos, atributos e requisitos inerentes

ao referido conceito são valorizados? Dada a influência da formação na orientação para o cuidar em enfermagem, urge ser importante realizar investigação neste domínio.

Apesar de um percurso de oscilações na valorização do conforto, sabemos que nas últimas décadas do século passado, este tem vindo a ser considerado como um elemento valorizado pelos enfermeiros e beneficiários dos cuidados. Os resultados reforçam também a ideia de que o conforto é um “resultado sensível aos cuidados de enfermagem” consequência das medidas mobilizadas pelo enfermeiro. (Kolcaba, 2003). Se o conforto é desejado, então deverá ser estudado enquanto fenómeno relevante e resultado intencional das acções dos enfermeiros. Para tal, torna-se fundamental questionar como a formação tem gerido tal situação de forma a promover o ensino aos estudantes. Olhar os cuidados geriátricos com centralidade, para os enfermeiros, é um processo que se inicia em sala de aula, pelo que há que desenvolver o conceito de “conforto” na formação inicial e na formação pós-graduada em enfermagem, perceber o que lhe está subjacente para que se possa pensar e agir num quadro de intervenção individualizada de enfermagem, onde tenha lugar a concepção da intervenção, a implementação e a avaliação dos resultados.

A valorização da filosofia humanista dos cuidados de enfermagem apela para uma acção centrada na pessoa. A formação orientada para a tarefa não encontra sentido na dinâmica e na estrutura dos cuidados de saúde da actualidade. Relativamente à formação de valores humanísticos, Watson (1985) defende que estes sofrem influência dos professores de enfermagem, pelo que se reveste de extrema importância a existência de quadros de referência que orientem o modelo curricular na reflexão sobre conceitos de maior relevo, como é o caso do conforto. Pensamos ser importante fomentar momentos de reflexão entre professores e estudantes sobre situações vivenciadas, a fim de clarificar o fenómeno e desenvolver a capacidade crítica e a tomada de decisão face a novas situações.

Uma outra vertente que consideramos pertinente refere-se ao papel de modelo dos enfermeiros nos estudantes recém-formados. Assim, a procura de uma maior articulação entre escolas e organizações de saúde na construção de modelos de parceria efectiva para a formação, parece fazer cada vez mais sentido de forma a estabelecer uma prática congruente com o que é ensinado teoricamente, reflectida e ajustada aos contextos de trabalho. Os enfermeiros devem ser estimulados a pensar de uma forma crítica. A experiência para se transformar em saber deve ser reflectida. Sugerimos que, no desenvolvimento de programas de formação, se abram espaços de reflexão, nomeadamente em contexto de ensino clínico, que ajudem estudantes e enfermeiros a

potenciar o pensamento reflectido a respeito dos cuidados que prestam, como um ponto fundamental para desenvolver projectos de cuidados mais centrados nos doentes, ou seja, tendo em conta a situação particular de cada pessoa.

Considerando estes resultados e dada a complexidade e a especificidade dos problemas que as pessoas idosas vivenciam em diferentes contextos, evidencia-se a necessidade de um maior aprofundamento de estudos sobre os cuidados à pessoa idosa e problemáticas envolventes, concretamente ao nível da formação pós-graduada e de formação contínua, tal como se evidenciou nos estudos de Costa (1998, 2006), Veiga (2007); Vaz, (2008); Àvila, (2009); Gomes, (2009); Duarte, (2010); Costa, (2011) e Oliveira (2011), na medida em que será através da formação que os enfermeiros se irão apropriar de saberes conducentes ao desenvolvimento do cuidar profissional de enfermagem em redor de um agir integrado e confortador. Decorrente desta ideia, pensamos que será importante incluir diferentes temáticas ao nível do desenvolvimento pessoal e das competências relacionais, explorando o processo de interacção enfermeiro/doente na medida em que, por si só, se constitui um instrumento valioso no processo de conforto.

Procuramos não só abrir caminhos para que o cuidar confortador possa ser organizador de desenhos curriculares, como também realçar a importância de um ideal comum entre o mundo da teoria e o da prática.

NOTA FINAL

Acreditando que o conforto é uma das necessidades de cuidados das pessoas, o nosso sentido de busca possibilitou-nos uma aproximação ao doente idoso crónico e à *sua família* na descoberta e avaliação das necessidades particulares de cuidados, configurando os contornos da singularidade/particularidade de cada idoso/situação, tornando evidente considerá-lo na sua própria situação de vida – que nunca pode ser, senão única.

Numa época de desafios constantes, dado o aumento demográfico desta população, o tema dos cuidados aos idosos constitui uma preocupação central no cuidar em enfermagem, onde a atenção ao conforto do doente, como necessidade humana, afirma-se como algo muito valioso que urge ser revalorizada e clarificada. Do ponto de vista pessoal, numa procura motivada pela sensibilidade própria de querer saber como confortar mais e melhor, como ajudar a aliviar o sofrimento crónico relacionado com o processo de envelhecimento dos doentes que vivenciam, em simultâneo, situações de hospitalização, este trabalho foi muito gratificante. Foram estes os pólos de uma preocupação que deram sentido a esta tese que nos permitiu compreender a *natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar e suas especificidades*, reportando para uma dimensão global de valoração do fenómeno e, possibilitando, de uma certa perspectiva, demarcar a sua esfera científica e fundear com segurança o que, a nosso ver, contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

O percurso por nós construído desde a concepção do projecto até ao momento, permitiu o desenvolvimento de uma aprendizagem crítica e o requestionamento dos saberes e das práticas existentes. Os três eixos que neste estudo ancoram a natureza do processo de conforto e estruturam a cultura confortadora geriátrica, permitem aos enfermeiros enquadrar os cuidados de enfermagem geriátricos numa filosofia de humanização individualizada, o que se constitui em, não só dar resposta aos desejos e necessidades do doente idoso, mas sim efectivar essa mesma resposta de forma personalizada, numa resposta permitida e individualizada para cada um, segundo a sua vontade, numa atitude de preocupação e de valorização da pessoa cuidada e da sua participação nas decisões, preservando a sua própria identidade e fazendo frente aos períodos de transição (Meleis, 1991; Costa, 2006; Veiga, 2007; Gomes, 2009; Oliveira, 2011).

Na nossa opinião, dar ao doente idoso crónico hospitalizado a possibilidade de continuar a exprimir as suas ideias, a tomar as suas decisões, compreender as suas necessidades e perceber como melhor cuidar deles é reconhecer a sua singularidade e

dignidade, respeitando a sua vida e a qualidade da mesma, deveres que se encontram previstos no artigo 82^a do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na parte especial do Código Deontológico.

A prática desvela de forma harmoniosa: *estamos perante um processo que acontece a partir do doente idoso, com o doente idoso e para o doente idoso, numa abordagem de respostas contínuas e adaptadas às suas necessidades*, na atribuição a um estado de conforto e/ou bem-estar que, na perspectiva de Nunes (2011), constitui a finalidade ética da Enfermagem. Os resultados confirmam e completam o conhecimento actual sobre o conforto e a acção de confortar. Através de uma cuidadosa e atempada análise, evidencia-se uma relação de cuidados (intervenção do enfermeiro como actor privilegiado de conforto) que permeia a interacção enfermeiro-idoso situando as intervenções numa atenção particular, singular, de respeito pelo sentido e valor da Pessoa. É por isso um caminho – *uma forma de relação* – que resulta de um processo de construção gradual através da partilha de conhecimentos e de sentimentos.

É desta forma que terminamos este estudo, acreditando que as conclusões a que chegámos puderam ser articuladas numa explicação/construção teórica, considerando, por isso, termos atingido os objectivos a que nos propusemos, esperando, desta forma, ter assumido um papel de clarificação social. Fazendo um balanço desta nossa caminhada considerámo-la árdua mas gratificante e desafiadora, constituindo acima de tudo um momento de aprendizagem por excelência. Estamos conscientes de que o fim da investigação pressupõe que nada termina, já que, lança outras dúvidas e inquietações, outro sentido desejante. Não só as preocupações com a saúde e o bem-estar continuarão a originar uma crescente procura dos serviços de saúde, como a enfermagem tem um saber próprio que é necessário continuar a desenvolver, destacando-se a necessidade de consolidar um padrão norteador da condução de boas práticas. É com este sentido que acreditamos ser importante a procura de um conhecimento que permita a consolidação dos fenómenos que são objecto dos cuidados de enfermagem, como é o caso do **conforto** uma vez que se deseja que este se constitua como alvo de atenção e de intervenção da profissão de enfermagem. É com esta certeza que procuraremos que os novos desenvolvimentos nesta área sejam percursos em prol da qualidade dos cuidados, contribuindo, no nosso entender, para o bem-estar das pessoas e para uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹⁶

- Abdel-al, H. (1975). *Relating education to practice within a nursing context*. Tese de Doutoramento não publicada. Edinburgo: Edinbrugh University.
- Abreu, W.C. (2008). *Transições e contextos multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- Acton, G.L. (1994). Well-being as a concept for theory, practice, and research. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 1 (11), 88-101. Doi: 10.1111/j.1524-475X.1994.00088.x
- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Albuquerque, P.C. & Stotz, E.N. (2004, Março/Agosto). A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8 (15), 259-274.
- Almeida, A. & Aguiar, M.G. (2011). O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. *Revista de Bioética*, 19 (1), 197-217.
- Almeida, M. (2002). *Stress e qualidade de vida dos doentes nos cuidados intensivos*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação do Porto, Porto.
- Almeida, M.L.F. (1999). Cuidar o Idoso: Revelações da prática de Enfermagem. In Costa, Maria Arminda, et al., *O Idoso: Problemas e Realidades* (pp. 63-91). Coimbra: Formasau.
- Amado, J. (2011). Prefácio. In Azeredo, Z. *O idoso como um todo...*, (pp. 16-43). Viseu: Psicosoma Editora.
- Andrade, F.M.M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.
- Amendoeira, J. (2006, Julho). Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. *Sinais Vitais*, 67, 19-27.
- Antas, A., et al. (2007). *O que pensa, sente e vive quem está do outro lado dos cuidados: as vivências da pessoa idosa na hospitalização*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.
- Apóstolo, J.L.A. (2007). *O Imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Apóstolo, J.L.M. (2009, Março). O conforto nas teorias de Enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, II Série (9), 61-67.
- Apóstolo J., Batista A., Macedo C., & Pereira, E. (2006, Dezembro). Sofrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia. *Referência*, II Série (3), 55-64.
- Araújo, I. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

¹⁶ Utilizada e adaptada a Norma da 2012 American Psychological Association (6th ed.). Disponível em <http://www.apastyle.org/>.

- Araújo, M. & Gomes, R. (2004, Abril). Ansiedade/medo. Classificação internacional para a prática de Enfermagem. *Revista AESOP*, V (13), 18-24.
- Araújo, I. Paul, C. & Martins, M. (2010, Dezembro). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: a sustentabilidade do idoso dependente na família. *Referência*, III Série (2), 45-53.
- Araújo, O. (2009, Setembro) – Idosos dependentes: impacto positivo do cuidar na perspectiva da família. *Revista Sinais Vitais*, 86, 25-30.
- Arca, B.R. (2007). Apoio familiar e institucional à pessoa idosa. In Osório & Pinto, *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa*, (pp. 269-280). Lisboa: Instituto Piaget.
- Ávila, R.F.A. (2009). *Idosos: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo...* Viseu: Psicosoma Editora.
- Azevedo, M. J. & Teles, R. (2011). Revitalize a sua mente. In Ribeiro, O. & Paúl, C., *Manual de envelhecimento activo*, (pp. 77-112). Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Barth, Mari-Britt (1996). *O saber em construção*. Lisboa: Piaget.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Basto, M.L. (1991, Março/Abril). Cuidados de enfermagem em Portugal: o como e o porquê. *Servir*, 39 (2), 75-80.
- Basto, M.L. (2009, 2º Semestre). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 11-18.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 3-27. Obtido em http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_1_2280
- Bearon, L. (1996). Successful Aging: What does the “good life” look like? *NC State University*, 3 (1), 1-6. Obtido em <http://www.ncsu.edu/ffci/publications/1996/v1-n3-1996-summer/successful-aging.php>
- Bécherraz, M. (2002a). Expériences et significations du réconfort pour la personne opérée et pour l’infirmière qui en prend soin, 1ère Partie. *Recherche en Soins Infirmiers*, 69, 80-87. Obtido em <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/69/80.pdf>
- Bécherraz, M. (2002b). De l’intérêt de la phénoménologie pour la mise en évidence de l’expertise infirmière et le développement de connaissances en soins infirmiers, 2e Partie. *Recherche en Soins Infirmiers*, 69, 88-99. Obtido em <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/69/88.pdf>
- Bécherraz, M. (2002c). Expériences et significations du réconfort pour la personne opérée, 3e Partie. *Recherche en Soins Infirmiers*, 69, 100-110. Obtido em <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/69/100.pdf>
- Bécherraz, M. (2002d). Expériences et significations du réconfort pour l’infirmière, 4e Partie. *Recherche en Soins Infirmiers*, 69, 111-121. Obtido em <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/69/111.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989) *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Pub. Comp.

- Bengtson, V; Rice, C. & Jonhson, L. (1999). Are theories of aging important? Models and explanation in gerontology and the turn of the century. In V. Bengtson & K. W. Schaie, *Handbook of theories of aging*. (New York: Springer).
- Bento, M.C. (1997). *Cuidados e formação em Enfermagem. Que identidade?* Lisboa: Fim de Século, Edições Lda.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bermejo, J.C. (2010). *A relação de ajuda no encontro com os idosos*. Lisboa: Editora Paulinas.
- Birren, J. (1995). New models of aging: Comment on need and creative efforts. *Canadian Journal on Aging*, 14 (1), 1-3. Doi: 10.1017/S0714980800010424
- Birren, J., & Schroots, J. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4 ed, pp. 3-23). San Diego: Academic Press.
- Bland, M. (2007). Betwixt and between: a critical ethnography of comfort in New Zealand residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (5), 937-944. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01756.x
- Bogdan, R. & Bilklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: uma abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Borges, L., Reis, E., & Gorjão, C. (2000). O impacto do internamento nas funções cognitivas e emocionais do doente idoso. *Geriatrics*, 128, 36-42.
- Botelho, M.A.R. (2004, Julho/Dezembro). A pessoa e os cuidados de saúde. Compreensão ética e "sentido" fenomenológico. *Enfermagem*, 35/36, 8-12.
- Bottorff, J.L., Gogag, M., & Engelberg-Lotzkar, M. (1995). Comforting: exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1077-1084. Doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03108.x
- Bottorff, J.L. (1991). *The lived experience of being comforted by a nurse*. Obtido em <http://www.phenomenologyonline.com/sources/textorium/bottorff-joan-the-lived-experience-of-being-comforted-by-a-nurse/>
- Branco, R. & Gonçalves, C. (2001). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica das pessoas idosas*. Estudo elaborado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População no âmbito da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Madrid 2002, e divulgado em 8 de Abril de 2002. Obtido em www.ine.pt
- Briga, S. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente. Perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Brouchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nouissier, J., Paulhan, I. (1994). Ajustement psychologique à l'hospitalization et evolution de l'état de santé des patients adultes. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 44 (3), 229-233.
- Burgess, Robert G. (2001). *A Pesquisa de Terreno: Uma Introdução*. Oeiras: Celta Editora.
- Bury, A. Jaques (1997). *Education por La Santé*, Bruxelles: Questions De Boeck Université.

- Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital. O Impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Cabrita, M.J.N.S. (2007, Julho/Outubro). O envelhecimento e a ocupação do tempo. *Servir*, 55, (4-5), 125-139.
- Cabrito, B. & Costa, M. (2009). *Quotidiano(s) de Saúde: Contexto(s) de Formação*. Lisboa: Educa.
- Cadete, D.G. (2004). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures: Lusociência.
- Caldas, C.P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 773-781. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci_arttext.
- Caldeira, S. (2011) *Espiritualidade no Cuidar. Um imperativo ético*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cameron, B.L. (1993). The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (3), 424-436. Doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18030424.x
- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Cardoso, M.A.G.M. (2000). *O cuidar em Gerontologia. Uma análise etnográfica da prática dos enfermeiros*. (Dissertação em mestrado não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Cardoso, M.A. (2005, 2º Semestre). A etnografia – uma abordagem metodológica. *Pensar Enfermagem*, 9 (2), 23-38.
- Carpenter, D. R. (2002). Método de teoria fundamentada. In H. J. Streuberg & D. R.
- Carpenter (Eds.), *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista* (2ª ed., pp. 111-129). Loures: Lusociência.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. In *Advances in Nursing Science*, 33 (1), 3-14. Doi: 10.1097/ANS.0b013e3181c9d5eb
- Carter, B.S. & Bhatia, J. (2001). Comfort/palliative care guidelines for neonatal practice: development and implementation in an academic medical center. *Journal of Perinatology*, 21, 279-283. Doi: 10.1038/sj.jp.7210582
- Carqueja, E. (2009, Janeiro/Junho). A prática religiosa e a percepção do sofrimento: um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica. *Cadernos de Saúde*, 2 (1), 7-40.
- Carvalhais, M., & Sousa, L. (2007). Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9 (3), 596-616. Obtido em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a04.htm>
- Carvalhais, M. D. & Sousa, Liliana (2011, Março). Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Referência*, III série (3), 75-84.
- Carvalhal, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- Casmarrinha M. (2008). *Famíliares do Doente Oncológico em Fim de Vida dos Sentimentos às Necessidades*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Cassell, E.J. (1999, October). Diagnosing suffering: a perspective. *Annals of Internal Medicine*, 131 (7), 531-534.

- Centro Hospitalar Lisboa Norte (2011). Obtido em <http://www.hsm.min-saude.pt/>
- Chalifour, J. (2008). *A relação terapêutica*. Loures: Lusodidacta.
- Chan, Moon Fai, et al. (2009). Identifying patient readmission subtypes from unplanned readmissions to hospitals in Hong Kong: a cluster analysis. *Nursing and Health Sciences*. 11 (1), 37-44. Doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00427.x
- Chang, E., Chenoweth, L. & Hancock, K. (2003, September). Nursing needs of hospitalized older adults: consumer and nurse perceptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (9), 32-41.
- Chang E, Hancock K, Chenoweth L, Jeon Y-H, Glasson J, Gradidge K, & Graham E. (2003). The influence of demographic variables and ward type on elderly patients' perceptions of needs and satisfaction during acute hospitalization. *International Journal of Nursing Practice*, 9 (3), 191–201. Doi: 10.1046/j.1440-172X.2003.00420.x
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical Guide through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications.
- Charmaz, K. (2009). Shifting the grounds: Constructivist grounded theory methods. In J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, & A. E. Clarke (Eds.), *Developing grounded theory. The second generation* (pp. 127-193). Walnut Creek: Left Coast Press Inc.
- Chiavenato, I. (1995). Recursos humanos. 3ª ed. São Paulo: Atlas.
- Christopher, J. (1999). Situating psychological well-being: Exploring the cultural roots of its theory and research. *Journal of Counseling and Development*, 77, 141-152. Obtido em [http://www.montana.edu/ehhd/hhd/facultyandstaff/publications/jchristopher/Situating%20PWB%20\(JCD\)%201999.pdf](http://www.montana.edu/ehhd/hhd/facultyandstaff/publications/jchristopher/Situating%20PWB%20(JCD)%201999.pdf)
- Chuang, Kun-Yang, et. al (2005). Identifying factors associated with hospital readmissions among stroke patients in Taipei. *Journal of Nursing Research*, 13 (2), 117-128. Doi: 10.1097/01.JNR.0000387533.07395.42
- Cibanal, et. al (2003). *Técnicas de comunicación y relación y ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier.
- Cibanal, L. & Sánchez, M. C. (2009). *La relación enfermera-paciente*. Medellín: Editorial Universidad Antioquia.
- Coe, R. M. (1984). *Sociologie de la medicina*. Madrid: Aliança Editorial.
- Collière, Marie-Françoise (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, F. (1999) – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Collière, Marie-Francoise. (2003). *Cuidar... A primeira Arte da Vida*. Loures: Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *CIPE Versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M.P. (1999). Avaliação da Saúde em Gerontologia. In Costa, M. A., et al, *O Idoso - Problemas e Realidades* (pp. 51-62). Coimbra, Formasau.

- Cordeiro, M.P. (2001). *O ambiente Institucional de um Lar - O Bem-estar Psicológico dos Idosos*. (Dissertação apresentada para Concurso de Provas Públicas para a Categoria de Professor coordenador, da Carreira de Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico não publicada). Escola Superior de Enfermagem Biscaia Barreto, Coimbra.
- Corbin, J., & Strauss A. (2008). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. 3th ed. Los Angeles: SAGE Publications.
- Cordeiro, M.P.A. Almeida. (1999). Avaliação da saúde em gerontologia. In *O idoso Problemas e Realidades*, (pp. 51-61). Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Correia, Maria da Conceição Batista (2009, 2º Semestre). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 30-36.
- Correia, M. (2008, Janeiro). Envelhecimento, o nosso e o dos outros. *Cidade Solidária*, XI (19), 16-23.
- Cosme, A., Severino, I., Correia, S. & Paniagua (2006, Novembro). A família do doente internado. Que papel? Que expectativas? *Sinais Vitais*, 69, 48-50.
- Costa, M.A.M. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção dos cuidados*. Lisboa: Fim do Século Edições, Lda.
- Costa, M.A. (2006). *Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros* (2ª ed.). Lisboa: Co-edição FORMASAU, Formação e Saúde Lda e EDUCA.
- Costa, A. (2005). Cuidados de enfermagem aos idosos – Percursos de formação e de investigação. In Paul, C. & Fonseca, A. (Coord.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp.255-276). Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, R. (2009). *Trabalhar com o Sofrimento. Vivências de enfermagem numa unidade oncológica de Lisboa*. (Dissertação de mestrado não publicada). ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Costa, E.T., & Jurado, R.A. (2006, Junho). Interação em saúde. *Referência*, II Série, 2, 43-49.
- Costa, A.C.A.S. (2011). *Os enfermeiros e as representações sociais sobre o envelhecimento: Implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada. “Não esperamos uma resposta, fazemos”*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa.
- Coutinho C. & Ferreira M. (2002, Janeiro). O banho versus o cuidado portador de sentido de ajuda. *Sinais Vitais*, 40, 42-44.
- Covinsky, K.E., Palmer, R.M., Fortinsky, R.H, Counsell, S.R., Stewart, A.L., Kresevic D., et al. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness: Increased vulnerability with age. *Journal of American Geriatric Society*, 51 (4), 451-458. Doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51152.x
- Cox, H. (1996). *Later Life: the realities of aging*. 4ª ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa — As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem-Martins: Publicações Europa-América.
- Defloor, T., et al. (2005). The needs and experiences of the adult patients' family in intensive care: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 501-509. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x

- De La Cuesta, C. (1999, Novembro). Contribuição de La investigación cualitativa al campo de la salud, *Sinais Vitais*, 27, 25-30.
- Denzin, N.K. & Lincon, Y.S. (1995). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em enfermagem: valoração da sociedade*. Coimbra: Edições Almedina.
- Dewing, J. (2004, March). Concerns relating to the application of frameworks to promote person centeredness in nursing with older people. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (3a), 39-44. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00925.x
- Dias, A., et al. (2001, Novembro/Dezembro). Registos de enfermagem. *Servir*, 49 (6), 267-271.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. Obtido em http://dipeco.economia.unimib.it/persona/stanca/ec/diener_suh_lucas_smith.pdf
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39 (4), 391-406. Doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34
- Diener, E.; Kesebir, P., & Lucas, R. (2008). Benefits of accounts of well-being — For societies and for psychological science. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 37-53. Obtido em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-0597.2008.00353.x/pdf>
- Dinis, R.P.A. (2007). A família do idoso internado: o parceiro esquecido. In Gomes, I.D. (2007). *Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania* (pp.115-152). Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2006). *Vida emocional do enfermeiro. Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática dos cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, Paula (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures, Lusociência.
- Direcção-Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos* (Vol. II). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Direcção-Geral de Saúde (2006a). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2006b). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral de Saúde. Lisboa. Obtido em <http://www.dgs.pt>
- Direcção Geral de Saúde (n.d.). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Direcção Geral de Saúde. Obtido em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Doenges, M.E., & Moorhouse, M.F. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem. Um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Duarte, N. & Barbosa, C. (2011). Sinta-se seguro. In Ribeiro, O. & Paúl, C. *Manual de envelhecimento activo*, (pp. 171-200). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Duarte, S. (2010). *Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

- Durham, J. (1989). Aspectos psicosociales del cuidado de los ancianos. In Carroll & Brue (Eds.). *Cuidados de enfermería individualizados en el anciano*, (pp. 125-144). Barcelona: Doyma.
- Dutra, R.A. (2009). *Acolhimento de Enfermagem: Vivências do Doente Idoso*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Edvardsson, D., Sandman, P.-O., & Rasmussen, B. (2008, August). Swedish language person-centred questionnaire – patient version: construction and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (3), 302-309.
- Ebersole, P. & Hess, P. (1998). *Toward healthy aging*. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Estabrooks, C.A., Morse, J.M. (1992). Toward a theory of touch: the touching process and acquiring style. *Journal of Advanced Nursing*. 17 (4), 448-456. Doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb01929.x
- European Comission (2009). Obtido em http://ec.europa.eu/enlargement/pdf/key_documents/2009/tr_rapport_2009_en.pdf
- European Comission (2011). Obtido em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-28072011-AP/EN/3-28072011-AP-EN.PDF
- Eurostat (2010). Population. Obtido em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- Eurostat (2010). Observatório Português do sistema de saúde. Obtido em <http://www.observaport.org/node/284>
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 16 (3), 77-87. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x
- Fernandes, A. A. (2007). *Determinantes da mortalidade e da longevidade*. Análise Social, XLII (183), 419-443. Obtido em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aso/n183/n183a03.pdf>
- Fernandes, I.M.R. (2008). *Fenómeno de doença: a Experiência dos Enfermeiros/Profissionais de Saúde*. (Dissertação de doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Fernandes, M.J.S.R.S. (2010). *Envelhecimento bem-sucedido: Modelo de intervenção da Enfermagem*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Lisboa.
- Fernandes, C., Monteiro, C. & Alves, J. (2006, Janeiro/Junho). Espiritualidade no cuidar. *Informar*, 36, 10-21.
- Fernandes, I., Seco, R, & Queirós, P. (2009, Fevereiro). O comportamento de cuidar dos enfermeiros na perspectiva dos doentes. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 19, 39-52.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia Social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia social*, (pp.31-53). Madrid: Pirámide.
- Ferreira, M. & Dias, M.O. (2005). *Ética e Profissão – Relação interpessoal em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Ferreira, M.A., Figueiredo, N.M.A. (1997, Setembro). Os mecanismos disciplinadores do hospital: as (os) enfermeiras(os) e o poder sobre o corpo do cliente hospitalizado. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 1 (1), 103-116.

- Figueiredo, M.H. de J.S. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. (Dissertação de doutoramento não publicado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Flood, M. (2006). A Mid-Range Nursing Theory of Successful Aging. *The Journal of Theory Construction & Testing*. 9(2), 35-39.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M. (2006, Abril). O envelhecimento: algumas questões de bioética. *Cadernos de Bioética*, 17 (40), 105-121.
- Fonseca, A. M. (2007). *O envelhecimento Uma abordagem psicológica*. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fortin, M-F. (1996). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*, Paris: Payot.
- Freitas-Magalhães, A. (2007a). *A Psicologia das Emoções: O Fascínio do Rosto Humano*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Freitas-Magalhães, A. (2007b). Expressão facial: O efeito do sorriso na percepção psicológica da afectividade. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto*, 4, 276-284. Obtido em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/453/1/276-284FCHS04-19.pdf>
- Freitas-Magalhães, A., & Castro, E. (2006). Expressão facial: O efeito do sorriso no tratamento da depressão. Estudo empírico com portugueses. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto*, 3, 28-37. Obtido em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/526/2/28-37FCS2006-3.pdf>
- Frias, Cidália de Fátima Cabral de (2012). *Encontro de corpos: o processo de construção de cuidados enfermeiro/pessoa em fim de vida*. Loures: Lusociência.
- Frich, L.M.H (2003). Nursing interventions for patients with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (2), 137-153. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02779.x
- Gallant, M.H., Beaulieu, M.C. & Carnevale, F.A. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced nursing*, 40 (2), 149-157. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02357.x
- Gameiro, Manuel H. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gameiro, Manuel (2000, Maio). IESSD: Um Instrumento para a Abordagem do Sofrimento na Doença. *Referência - Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, 4, 57-65.
- Gallagher, Louise (2001). The potential for adverse drug reactions in elderly patients. *Applied Nursing Research*, 14 (4), 220-224. Doi: 10.1053/apnr.2001.26788
- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J.L. (2005, Novembro). História do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Gallo, J.J., Fulmer, T., Paveza, G.J., & Reichel, W. (2000). *Handbook of Geriatric Assessment*. 3rd ed. Maryland: Aspen Publishers.
- Gaut, D.A. (1983). Development of a theoretically adequate description of caring. *Western Journal of Nursing Research*, 5 (4), 313-324. Doi: 10.1177/019394598300500405

- Germain, C.P. (1993). *Ethnography: The Method*. In MUNHALL, Patricia L., BOYD, Carolyn Oiler, *Nursing Research: A Qualitative Perspective*, (2ª ed., pp. 237-268). New York: National League for Nursing Press.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O inquérito, teoria e prática*. 2ª ed. Oeiras: Celta Editora.
- Giacomoni, C.H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12 (1), 43-50. Disponível em www.sbponline.org.br/revista2/vol12n1/art04_t.pdf
- Gilhooly, M. (2002). Ethical issues in researching later life. In A. Jamieson & C.R. Victor (Eds.), *Researching ageing and later life* (pp. 211-225). Philadelphia: Open University Press.
- Gil, A.C. (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4ª ed. São Paulo: Editora.
- Gilca, M., Stoian, I., Atanasiu, V., & Virgolici, B. (2007). The oxidative hypothesis of senescence. *Journal of Postgraduate Medicine*, 53 (3), 207-213. Doi: 10.4103/0022-3859.33869
- Gineste, Y., Pellissier J. (2007) – *Humanitude, comprendre la vieillesse prendre soin des Hommes vieux*. Paris: Armand Colin.
- Goetz, J. & Lecompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ed. Morata.
- Goffman, I. (1980). *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Ed.
- Goleman, D. (2001). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Editora Temas e Debates.
- Gomes, I.D. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: O erro de narciso*. (Dissertação de mestrado não publicado). Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa.
- Gomes, I.D. (2007). *Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de si a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Gonçalves, S.L.R.V. (2004, Julho/Dezembro). Alívio de sofrimento: tudo é possível. *Informar*, X (33), 3-8.
- Gonçalves, D.M.S.A. (2008). *A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Aberta, Lisboa.
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Lewis Henry Morgan Lectures. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guimarães, P. (1999, 2º Semestre). Direitos dos idosos, de que falamos? *Cidade Solidária*, II (3), 22-24.
- Hamilton, J. (1989, April). Comfort and the hospitalized chronically ill. *Journal of Gerontological Nursing*, 15 (4), 28-33.
- Hayflick, L. (2007). Biological aging is no longer an unsolved problem. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1100, 1-13. Obtido em http://ibgwww.colorado.edu/pdf/hayflick_1.pdf
- Hegedus, K.S. (1999). Providers' and consumers' perspective of nurses' caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford, 30 (5), 1090-1096. Doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01198.x

- Hemstrom-Krainess, M. (2006). Wellness. In J. Fitzpatrick, & M. Wallace (Eds.), *Encyclopaedia of Nursing Research*, (2nd ed., pp. 628-630). New York: Springer Pub. Comp.
- Henderson, V. (1962). *Basic principles of nursing care*. Genève: International Council of Nurses.
- Henderson, V. (1978). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 3, 113-130. Obtido em http://202.114.108.241/able.acc2.web/eWebEditor/uploadfile/20090321092044_838684187379.pdf
- Henrard, J.C. (1997). Les processus de vieillissement et l'âge de la vieillesse. *Actualité et dossier en santé publique*, 21, IV. Obtido em <http://hcsp.ensp.fr/adsp/AdSP-21/D2tx041.htm>.
- Henriques, A.I (2009, Dezembro). Abordagem da problemática da diminuição da auto-estima. *Nursing*, 21 (252), 38-44.
- Hesbeen, Walter (2000). *Cuidar no Hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: Contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, Walter (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir com o autor do seu próprio pensamento*. Loures: Lusociência.
- Heterich, L.B. (2004). *Choosing care: male and female nurse experiences of comfort in the emergency department*. (Unpublished master dissertation). University Of Texas at Tyler, Tyler.
- Hirsch, E. (1999). Partager nos devoirs d'humanité. *Gérontologie et Société*, 90, 69-81.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (1996). *Qualitative research for nurses*. Oxford: Blackwell Science.
- Holmes, C., Warelw, P. (1997). Culture, needs and nursing: a critical theory approach. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (3), 463-470. Doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025463.x
- Holzemer, W.L. (2010). Responsible conduct of research. In W.L. Holzemer (Ed.) *Improving health through nursing research*, (pp. 167-179). International Council of Nurses: Wilwy-Blackwell.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Hoogerduijn, J.G., Schuurmans, M. J., Duijnstee, M. S. H., Rooij, S. E., & Grypdonk, M. F. H. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (1), 46-57. Doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01579.x
- Houaiss, A., Villar, M., & Franco, F. (2002). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Huberman, M. & Miles, M. (1991). *Analyse des données qualitative. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Beock.
- Hudak, C. & Gallo, B. (1997). *Cuidados intensivos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.

- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE. Obtido em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2006). *Indicadores Estatísticos Gerais*. Obtido em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2007). *Nos próximos vinte e cinco anos o número de Idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens*. Obtido em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Estimativas provisórias de população residente, 2008: Portugal, NUTS I, NUTS II, NUTS III e Municípios*. Obtido em www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *A Península Ibérica em Números 2010*. Obtido em www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011). *Censos 2011: resultados provisórios. XV recenseamento geral da População. V recenseamento geral da habitação*. Obtido em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2008). *Arquivo*. Obtido em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ID/Paginas/Inicio.aspx>
- Jacinto, B.P. (2010). *Qualidade de vida e espiritualidade do idoso institucionalizado*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Jannuzzi, F.F. & Cintra F.A. (2006, Junho). Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (2),180-187.
- Jerónimo, L. (2005, Janeiro). Percursos de vida e envelhecimento. Para lá das representações. *Cidade Solitária*, VIII (13), 14-19.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2009). Ligações entre NANDA, NOC e NIC. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- José, H. M. G. (2006, 2º Semestre). Humor: que papel na saúde? Uma revisão da literatura. *Pensar Enfermagem*, 10 (2), 2 - 18.
- Josso, C. (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa.
- Kant, Immanuel (2001). *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Lisboa: Edições 70.
- Kérourac, S. et al. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S.A.
- Kim, H.S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing*. Nova York: Springer Publishing.
- Kolcaba, K.Y., Kolcaba, R.J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (11), 1301-1310. Doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184. Obtido em <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20-%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>
- Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*. 18 (1), 46-62. Doi: 10.1177/089801010001800106
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories. Application to nursing research* (2nd ed., pp. 254-272). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Koenig, H.G., George, . K., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 52 (4), 54-562. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52161.x
- Kortebein, P., Symons, T.B., Ferrando, A., Paddon-Jones D. et al. (2008). Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults [Abstract]. *Journal of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 63 (10), 1076-1076. Doi: 10.1093/gerona/63.10.1076
- Landefeld, C.S., Palmer, R.M., Kresevic, D.M., Fortinsky, R.H., & Kowal, J. (1995). A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *The New England Journal of Medicine*, 332 (20), 1338-1344. Obtido em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=49&hid=2&sid=782735a8-cb0e-413c-8bd8-a93b35301174%40sessionmgr4&bdata=JmFtcDtsYW5nPXBOlWJyJnNpdGU9ZWlv c3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=7715644>
- Latimer, J. (2003). *Investigação Qualitativa Avançada para Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Le Breton, D. (2001). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: Quadrige-PUF.
- Leão, R.E. & Flusser, V. (2008, Março). Música para idosos institucionalizados: percepção dos músicos atuantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42 (1), 73-80.
- Leininger, Madeleine M. (1985). *Trans-cultural care diversity and universality: A Theory of care and nursing*. New York: Grunt & Stratton.
- Leininger, Madeleine M. (1988). *Caring: an essencial human need*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leininger, Madeleine M. (1990). *Ethical and moral dimensions of care*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leininger, Madeleine M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing, The Culture of Culture care diversity and Universality*. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, Madeleine M. (1985). *Qualitative Research Methods in Nursing*. Orlando: Grune & Stratton.
- Leininger, Madeleine M. (2005). Critérios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. In Morse, J. (Eds.). *Asuntos Críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa* (pp. 137-170). Alicante: Publicaciones Universidade de Alicante.
- Leplege, A., Fabrice, G., Cammwilli, M., Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29 (20-21), 1555-1565. Doi:10.1080/09638280701618661
- Lessard-Hérbert, et al (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Lima & Bueno (2009). Envelhecimento e género: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2 (2), 273-28. Obtido em <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1173/792>
- Lima, M.P. (2010). *Envelhecimento(s). Estado da arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lincoln, Ivonna, S. (1997). Conexiones Afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, XV (2), 57-69.
- Lobo, A., & Pereira, A. (2007, Junho). Idoso institucionalizado: Funcionalidade e aptidão física. *Referência*, II Série (4), 61-68.
- Lopes, N. (2001). *Recomposição profissional da enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lopes, M.J. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lopes, M.J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Ludke, M. & André, Marli E.D.A (1996). *Pesquisa em educação: abordagem qualitativa*. São Paulo: Epu.
- Macedo C., Gazzola J.M. & Najas M. (2008). Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 33 (3), 177-184. Obtido em <http://nepas.org.br/abcs/v33n3/33abcs177.pdf>
- Machado, J.P (1991). *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*. Lisboa: Publicações Alfa.
- Machado, et al. (2008, Julho/Agosto/Setembro). Caminhando lado a lado – Os cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa, para a promoção do autocuidado. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 15, 41-48.
- Mackey, S. (2009). Towards an ontological theory of wellness: a discussion of conceptual foundations and implications for nursing. *Nursing Philosophy*, 10 (2), 103-112. Doi: 10.1111/j.1466-769X.2008.00390.x
- Mackey, S. (2010). *A phenomenological study of wellness at menopause*. Saarbrücken: VDM Verlag.
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em fim de vida – Experiência durante a formação inicial de enfermeiros*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Malcolm Cowley (August 28, 1898 – March 27, 1989). Obtido em http://en.wikipedia.org/wiki/Malcolm_Cowley
- Malinowski, Ann & Stamler, L.L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 599-606. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02329.x
- Marques, M.I.D. (2000, Novembro). Percepção «Significativa» dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados. *Referência*, 5, 5-15.
- Marques, I. (2005). *Atitudes dos enfermeiros face aos idosos*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC, processos familiares/aceitação/dependência*. Coimbra: Lusociência.

- Martins M. (2003, Setembro/Dezembro). Do hospital orientado para o doente à parceria na assistência. *Informar*, IX (31), 5-10.
- Martins, J. (2004, Novembro). Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento: percepções, atitudes e opiniões. *Referência*, 12, 15-26.
- Martins, A. et al. (2008, 2º Semestre). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 52-61.
- Martins, Susana, I.A (2009). *O banho no leito em contexto de internamento hospitalar. Vivências de pessoas idosas*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Martins, C. (2007, 1º Semestre). O enfermeiro e o alívio do sofrimento: uma revisão de literatura. *Pensar Enfermagem*, 11 (1), 34-41.
- Martins, M. (2010). *Aliviando o sofrimento o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Mateus, D. M. (2005, Julho). Sentimentos que os enfermeiros vivenciam ao cuidar do doente idoso em contexto de internamento. *Revista Sinais Vitais*, 61, 26-31.
- Mayeroff, M. (1990). *On Caring*. New York: Harper Perennial.
- Mauriti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, XXXIX, 171, 339-36. Obtido em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0003-25732004000300004&script=sci_arttext
- McCance, T.V. (2005). A concept analysis of caring. In J.R. Cutcliffe, & H.P. McKenna (Eds.), *The essential concepts of nursing*, (pp. 33-50). Edinburgh: Elsevier.
- McCance, T. (2005). A concept analysis of caring. In Cutcliffe, J. & McKenna (Eds), *The essential Concepts of Nursing*, (pp. 109-123). Edimburg: Elsevier.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209. Doi: 10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x
- McCormack, B. (2004 June). Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13 (3a), 31-38. Obtido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442208700632>
- McCormack, B., & McCance, T.V. (2006), Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McKenna, G. (1994, Setembro). Cuidar é a essência da prática de enfermagem. *Nursing*, 80 (7), 33-36.
- McLafferty I., Morrison, F. (2004). Attitudes towards hospitalised older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (4), 446-453. Obtido em http://uq.academia.edu/NancyPachana/Papers/1060020/Attitudes_knowledge_and_interest_preparing_university_students_to_work_in_an_aging_world
- McIlveen, K., & Morse, J.M. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*. 4 (2), 127-148. Doi: 10.1177/105477389500400202
- Mcveigh, D. (2001). Polypharmacy in the older population: recommendations for improved clinical practice. *Topics in Emergency Medicine*, 23 (3), 68-75. Doi: 10.1111/j.1041-2972.2005.0020.x
- Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing. Development and progress*. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Company.

- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), 255-259. Doi: 10.1016/0029-6554(94)90044-2
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in *Nursing research and practice*. New York: Springer Pub. Co.
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Lisboa: Lusociência.
- Melo, R.C.C.P. (2008 Março/Abril). A relação de ajuda: contextos e práticas em enfermagem. *Servir*, 56 (2), 67-73.
- Meireles, V.C., Matsuda, L.M., Jorseli Coimbra, Â.H., & Alvarez, A.M. (2010). Autonomia e direito à informação: Contribuições para a gestão do cuidado de idosos hospitalizados. *Ciência e Enfermagem*, XVI (2), 59-68. Obtido em http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_07.pdf
- Mendes, Anabela P. (2007, Setembro). O respeito e a solicitude. *Revista Portuguesa de Bioética*, 28 (2), 207-217.
- Mendes, F.P. (2005, 1º Semestre). A prioridade de gerir as doenças e negociar os cuidados. *Pensar enfermagem*, 9 (1), 42-47.
- Mercês, C.A.M.F & Rocha, R.M. (2006 Julho/Setembro). Teoria de Paterson e Zderad: Um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 14 (3), 470-475.
- Merriam–Webster Unabridged Dictionary (2000), by Merriam-Webster, Incorporated. Version 2.5.
- Mesquita, C. et al. (2007). *Parceria e Cuidado de Enfermagem: Uma Questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Meyer, J. Sturdy, D. (2004). Exploring the future of gerontological nursing outcomes. *Journal of Clinical Nursing*. 13 (6B), 128-134. Obtido em <http://faculty.ksu.edu.sa/hisham/Documents/Medical%20Education/English/Nursing%20Education/93.pdf>
- Miles, M.B., Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage.
- Mok, E & Chiu P.C. (2004). Nurse–patient relationships in palliative care. In *Journal of Advanced Nursing*, 48 (5): 475 - 483. Obtido em <http://faculty.ksu.edu.sa/gemeay/my%20lib/nurse%20patient%20relation.pdf>
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa, A prática dos cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Morrison, P. (2001). *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Morse J. (1983). An ethnocentric analysis of comfort: a preliminary investigation. *Nursing Papers*. 15 (4), 6-19.
- Morse, J.M. (1992). Comfort: The Refocusing of Nursing Care. *Clinical Nursing Research*, 1(1), 91-106. Doi : 10.1177/105477389200100110
- Morse, J.M., et al. (1995). The paradox of comfort. *Nursing Research*, 44 (1), 14-19. Doi: 10.1097/00006199-199501000-00004
- Morse, J. (1997, June). Responding to Threats to Integrity of Self. *Advances in Nursing Science*, 19 (4), 21-36.

- Morse, J.M. (1995, March). Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 17 (3), 31-46.
- Morse, J.M. (2001, September). Toward a praxis theory of suffering. *Advances Nursing Science*, 24 (1), 47-59.
- Morse, J.M. (1989). *Qualitative nursing research: a contemporary dialogue*. Newbury Park: Sage Publications.
- Morse, J.M. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*, 100 (9), 34-38. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02329.x
- Morse, J.M. ; Bottorff, J.L. & Hutchinson, S. (1995). The paradox of comfort. *Nursing Research*, 44 (1), 14-19. Doi: 10.1097/00006199-199501000-00004
- Morse, J.M., Havens, G.A., & Wilson, S.W. (1997, January). The comforting interaction: developing a model of nurse-patient relationship. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 11 (4), 321-343.
- Morse, J. M., & Richards, L. (2002). *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Thousand Oaks: SAGE Pub.
- Moyle, W. (2003). Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 103-109. Doi: 10.1046/j.1440-0979.2003.00276.x
- Munhall, P. & Oiler, C. (1986). *Nursing research: a qualitative perspective*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Mussi, F.C. (2005). Conforto e lógica hospitalar: análise da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (1), 72-81. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/apv/v18n1/a10v18n1.pdf>
- Mussi, F.C.; Friedlander, M.R. & Neves-Arruda, E. (1996). Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4 (3) Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300003&lng=pt&nrm=iso.
- Newson, P. (2008, June). Comforting touch: enhancing residents' wellbeing. *Nursing & Residential Care*, 10 (6), 269-272.
- Nightingale, F. (1859/2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J. & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing*, 13 (3a), 45-53. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x
- Novais, E., Conceição, A.P., Domingos, J. & Duque, V. (2009). O saber da pessoa com doença crónica no auto-cuidado. *Revista HCPA*, 29 (1), 36-44. Obtido em <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/7376/4964>.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Nunes R. & Melo, H. P. (2011). *Testamento vital*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.

- O'Brien, B., Evans, M., & Medves, J. (1999) Perinatal comfort and well-being as a developmental concept. *Western Journal of Nursing Research*, 21 (3), 288-291. Doi: 10.1177/01939459922043884.
- Olievenstein, C. (2000). *A arte de envelhecer*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Oliffe, J. (2005). Demystifying Nursing Research. Why not Ethnography? *Nursing*, 25 (5), 395-399. Doi: 10.1177/1049732307308304.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Oliveira, J.P. (2006). A vivência da dimensão espiritual no cuidar transpessoal da pessoa em situação de doença crónica – a perspectiva do enfermeiro. Contribuição para uma revisão sistemática da literatura. In *Actas da 9ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem* (pp. 2-30). Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- Oliveira, C.S. (2006, 1º Semestre). O cuidado confortador à pessoa idosa hospitalizada: Contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 10 (1), 2-12.
- Oliveira, C.S (2008, 1º Semestre). A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica. *Pensar Enfermagem*, 12 (1) 2-13.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. (Dissertação de doutoramento publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Oliveira, S. de & Lopes, M.J. (2010, 1º Semestre). Construir laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem*, 14 (1) 67-74.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro dos cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Repe estatuto*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Obtido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf
- Organização Mundial De Saúde (1985). *As metas de Saúde para Todos: Metas da Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos*. Lisboa: DEPS.
- Organização Mundial de saúde (2001). *The World health report*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Active ageing. A policy framework. A contribution of the WHO to the second United Nations World assembly on ageing*. Obtido em http://www.who.int/hq/2002/WHO_NHM_NPH_02.8.pdf
- Orlando, L. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. New York: G.P. Putnam's Sons.

- Osório, A.R. & Pinto, F.C. (2007). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Palmer, R.M. (1999). Acute care. In Hazzard, W. et al. (Eds.), *Principles of geriatric medicine and gerontology* (4th ed., pp. 483-492). New York: McGraw-Hill.
- Palmer, R.M., Counsell S.R., & Landefeld, S.C. (2003). Acute care for elders units. Practical considerations for optimizing health outcomes. *Disease Management Health Outcomes*, 11 (8), 507-517.
- Palmisano-Mills, C. (2007, January). Common Problems in Hospitalized Older Adults: Four Programs to Improve Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 33 (1), 48-54.
- Panno J. Kolcaba, K. & Holder, C. (2000, November/December). Acute Care for elders (ACE): A holistic model of geriatric orthopaedic nursing care. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 19 (6), 53-60.
- Parreira, M.V.B.C. (2000, Agosto). A investigação etnográfica e etnoenfermagem como opção metodológica. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2, 39-48.
- Parse, R. (1987). *Nursing Science, major paradigms, theories and critiques*. Philadelphia: W B Saunders Company.
- Parse, R. (1992). Human becoming: Pare's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5 (1): 35 - 42. Doi: 10.1177/089431849200500109
- Passareli, P.M. & Silva, J.A. (2007). *Psicologia Positiva e o Estudo do Bem-estar Subjectivo*. Campinas: Estudos de Psicologia.
- Paterson, J.G., & Zderad, L.T. (1976). *Humanistic nursing*. New York: John Wiley & Sons.
- Patton, Michael Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 2ª ed. Newbury Park: Sage Publications.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida – Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61-80.
- Paúl, M.C. & Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M.C. (2005). A Construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, M.C., Fonseca, A.M. (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: Heinemann Nursing.
- Peek, C., Higgins, I., Milson-Hawke, S., McMillan, M., & Harper, D. (2007). Towards innovation: The development of a person-centred model of care for older people in acute care. *Contemporary Nursing*, 26 (2), 164-176.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat Editores.
- Pereira, M.A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formação.
- Pereira, M.A. (2010). *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. (Dissertação de Mestrado não publicada, em Comunicação em Saúde, Especialidade em Intervenção em Enfermagem). Lisboa: Universidade Aberta
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado. A doença de Alzheimer*. Lisboa: Lusodidacta.

- Pinheiro, F. (1997). *Sentimentos de Idosos perante os Cuidados de Enfermagem na Higiene Pessoal*. (Dissertação desenvolvida no âmbito do 1º CESE Saúde do Idoso e Geriátrica não publicada). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil.
- Pignatelli, C. (2006). Confiem na equipa da saúde. *Jornal do Centro de Saúde: a Saúde nas suas Mãos*, 2 (16).
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto, L. (2000). Agitação e agressividade no idoso demenciado. *Hospital Júlio de Matos*, 3, 179-187
- Pinto, C. (2003). *O respeito no cuidado de Enfermagem: Perspectiva do doente terminal*. (Dissertação de mestrado não publicada). Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Potter, P. & Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Praeger, S.G. (2000). Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In J. George (Ed.), *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional* (4ª ed., pp. 241-251). Porto Alegre: Artmed.
- Prochet, T. & Silva, M.J.P. (2008). Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12 (2), 310 - 315. Obtido em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127715310017>
- Prochet, T. & Silva, M.J. (2011). Percepção do idoso dos comportamentos afectivos expressos pela equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15 (4), 784 -790. Obtido em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127721087018>
- Queiroz, A.A. & Melo R. (2007, Janeiro). Importância da investigação sobre a relação de ajuda. *Revista de Investigação*, 15, 38-42.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, N. (1999, 2º semestre). Reabilitação geriátrica. *Cidade Solidária, II*, (3), 68-72.
- Rebelo, M.T. (1996). *Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem. Contributo para a análise das representações sociais de enfermagem*. (Dissertação de mestrado não publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Reis, V.P. (2008, Janeiro). Sistemas de Saúde na União Europeia. Novos desafios. *Cidade Solidária, XI* (19), 72-75.
- Renaud, M. (2000, 2º semestre). O encontro com o outro. *Pensar Enfermagem*, 4 (2), 30-37.
- Renaud, I. (2005, Dezembro). Fragilidade e vulnerabilidade. *Cadernos de Bioética, XVI* (39), 405-416.
- Renaud, Isabel (2006, Janeiro). Da finitude e fragilidade humana. *Ordem dos Enfermeiros*, (20), 71-77.
- Renaud, I. (2010, 1º semestre). O cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 2-8.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.

- Ribeiro, Patrícia.C.P.S. (2000). *Um “olhar” sobre o cuidar em enfermagem*. (Dissertação de Mestrado não publicada), Lisboa: Universidade Aberta.
- Ribeiro, Patrícia.C.P.S. (2008). A espiritualidade no doente crónico como uma estratégia de coping: narrativa de uma história de vida. *Referência*. II (7), 21-31.
- Ribeiro, Patrícia.P.S. (2008, Março/Abril). O sofrimento do doente crónico: revisão de literatura (2000-2006). *Servir*, 56 (2), 80-89.
- Roach, M. (1984). *Caring: the human mode of being, implications for Nursing*. Toronto: Faculty of Nursing, University of Toronto.
- Roach, M.S. (1993). *The human act of caring*. Ottawa: Ontário Canadian Hospital Association Press.
- Robinson, J.P. (2000, November). Phase of the qualitative research interview with institutionalized elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (11), 17-23.
- Robinson, S. & Benton, G. (2002, November). An intervention to promote comfort for elderly hospitalized patients. *Geriatric Nursing*, 23 (6), 320-323.
- Rosa, J.C; & Basto, M.L. (2009, 1º semestre). Necessidade e Necessidades. Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), 13-23.
- Rosa, L. Mercês, N., Santos, V. & Radunz, V. (2008). As faces do conforto: visão de enfermeiras e paciente com câncer. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 16 (3), 410-414. Obtido em <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a19.pdf>.
- Rosário, F.S. & Boavida, J.M. (2010). *Guia do cidadão na doença crónica. Para uma cidadania na saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Roselló, F.T. (2009). *Antropologia do cuidar*. Pétropolis: Editora Vozes.
- Rossman, I. (1974). Ambientes de cuidados geriátricos. In I. Rossman, *Geriatría Clínica* (pp. 525-530). Barcelona: Salvat Editores AS.
- Rôxo, J. R. S. (2008, Junho). O Toque na prática clínica. *Referência*, II (6), 77-89.
- Ruquoy, D. (1997). *Situação da entrevista e estratégia do entrevistado*. In L. Albarello, et al., *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*, (pp.84-16). Lisboa: Gradiva.
- Sager, et al. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization older person. *Archives of Internal Medicine*, 156 (6), 645-652. doi:10.1001/archinte.1996.00440060067008
- Saiote, Elisabete Cristina Gomes (2010). *A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos*. Dissertação de mestrado, ISCTE Instituto Universitário de Lisboa. Departamento de Sociologia.
- Saiz Ruiz, J. (2001). *Manual de Psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson.
- Salgueiro-Oliveira, A. & Oliveira, S. (2010, Fevereiro). Proxémica, cinésica e paralinguagem: importância na interação enfermeiro/pessoa. *Nursing*, 22 (254), 8-15.
- Sapeta, A.P. (2007, Junho). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. *Referência*, II (4), 35 - 60.
- Sapeta, Ana Paula, (2011) *Cuidar em fim de vida: O processo de interacção enfermeiro-doente*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa.

- Sarvimäki, A. (2006). Well-being as being well – a Heideggerian look at well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 1, 4-10. Doi: 10.1080/17482620500518101
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (4), 1025-1033. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01568.x
- Schroots, J. & Birren, J. (1980). A psychological point of view toward human aging and adaptability. In *Proceeding of the 9th Internacional Conference of Social Gerontology*, (pp. 43-54). Quebec, Canada.
- Sellman, D. (2005 mar). Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nursing Philosophy*, 6 (1), 2-10. Doi: 10.1111/j.1466-769X.2004.00202.x
- Sellman, D. (2006, March). The importance of being trustworthy. *Nursing Ethics*, 13 (2), 105-115.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Lidel.
- Serra, M.N. (2005). *Aprender a ser doente: processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Serrano, M.T. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Servo, M.L. (2001). *Supervisão em Enfermagem: o (re)velado de uma práxis*. Bahia: Universidade Estadual de Feira de Santana.
- Sheffer, S. (1995, October). Do clinical experiences affect nursing students' attitudes towards the elderly? *Journal of Nursing Education*. 34 (7), 312-316.
- Siefert, M.L. (2002). Concept analysis of comfort. *Nursing Forum*. 37 (4), 16-23. Doi: 10.1111/j.1744-6198.2002.tb01288.x
- Silva, M.J., (2002). *Amor é o caminho: maneiras de cuidar*. São Paulo: Edições Loyola.
- Silva, M.J.P. (2002). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Loyola.
- Silva, M.A.D.R. (2010). *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico Acolhimento de Enfermagem*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto: Porto.
- Silva, M.F.S. (2006). *Pessoa e comunicação: o primado da relação na Antropologia filosófica de F. Jacques*. (Dissertação de mestrado não publicada). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- Silva, J.F. (2006). *Quando a vida chega ao fim – expectativas do idoso hospitalizado e família*. Loures: Lusociência.
- Silva, P.M. (2008). *Investigação Biomédica: reflexões éticas*. Lisboa: Gradiva.
- Silverstein, Marc et al. (2008). Risk factors for 30-day hospital readmission in patients ≥65 years of age. *Proceedings/Baylor University Medical Center*, 21 (4), 363-372. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566906/>
- Simões, J. (2008, Setembro) Reflexão bioética sobre a situação do idoso e sua família. *Revista Portuguesa de Bioética*, 5, 231-248.

- Simões, Mário Manuel Monteiro (2005). *Humanização de cuidados de saúde e educação reflexiva em ensino clínico com recurso ao debate em grupo*. (Dissertação de mestrado não publicada), Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Simões, M.; Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008, Outubro). O significado da filosofia da humanidade no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista Referência*, II série, (7) 97-105.
- Simões, C.M.A.R & Simões, J. F.F.L. (2007, Junho). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista Referência*, II.ª Série, (4) 9-23.
- Simões, M.M.M. & Rodrigues, M. & Salgueiro N. (2011, Junho). Humanidade, ligação interpessoal de relação e cuidado. *Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética*, XIX (14) 213-325.
- Smith, M. et al. (1999, Julho). Benefits of massage therapy for hospitalized patients: a descriptive and analitative evaluative. *Alternative Terapies in Health and Medicine*, 5 (4), 64-71.
- Sorrel, J.M. & Redmond, G.M. (1995). Interviews in qualitative nursing research: differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing*. 21, (6), 1117-1122. Doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21061117.x
- Sousa, E & Andrade, S. (2000, Maio). Opinião dos doentes e enfermeiros acerca das visitas aos doentes hospitalizados. *Revista Referência*, (4), 39-45.
- Sousa, J. (2005). A doença crónica e o desafio da comorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 533-534.
- Sousa, L. & Barroso, M.G. (2009, Enero/Marzo). Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13 (1), 181-187. Obtido em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127715321024>
- Sousa, O.V. & Araújo, L. (2011). Coma bem e faça escolhas saudáveis. In Ribeiro, O. & Paúl, C. *Manual de envelhecimento activo*, (pp.45-76). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Sousa, F.M.C. (2006). *Influência do ruído na comunicação interpessoal: percepção de profissionais de saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos*. (Dissertação de mestrado não publicada). Lisboa: Universidade Aberta.
- Sousa, L., & Relvas, A.P. & Mendes, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sousa, L.B. & Barroso, M.G.T. (2009). Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13 (1), 181-187. Obtido em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127715321024>
- Spirduso, Waneen W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. São Paulo: Manole.
- Spradley, J.P. (1980). *The participant observation*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Spradley, J.P. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas - fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusodidacta.
- Straand, Jerund et al. (2006). A cluster randomized educational intervention to reduce inappropriate prescription patterns for elderly patients in general practice. *BMC Health Services Research*, 6 (72), 1-31. Doi: 10.1186/1472-6963-6-72

- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: SAGE Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Fundamentos de investigação cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría enraizada*. (2nd ed.) Thousand Oaks: Sage Publications.
- Street, P. (2004). Acute care for older people: a geriatrician's perspective. In R. Nay & S. Garratt (Eds.), *Nursing older people. Issues and innovations*, (2nd ed., pp.134-159). Sidney: Churchill Livingstone.
- Streubert, H.J., Carpenter, D.R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Katajisto, J. (2000). Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1253-1263. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01596.x
- Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2007). Hospitals' organizational variables and patient' perceptions of individualized nursing care in Finland. *Journal of Nursing Management*, 15, 197-206. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00650.x
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., & Valimaki, M. (2005). Development and psychometric properties of individualized care scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11 (1), 7-20. Doi: 10.1111/j.1365-2753.2003.00481.x.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualized nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 843-860. Doi 10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x.
- Swanson, K. (1991). Empirical Development of Middle Range Theory of Caring, *Nursing Research*, 40 (3), 161-166. Doi: 10.1097/00006199-199105000-00008.
- Tavares, J. (2010, Janeiro). As pessoas idosas nos serviços de urgência. Que desafios para a enfermagem? *Sinais Vitais*, 88, 26-33.
- Tomey, Ann Marriner (2004) – Virginia Henderson: definição de enfermagem. In Tomey, Ann Marriner; Alligood, Martha Raile - *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (111-126). Loures: Lusociência.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Turner, B. (1987). *Medical power and social knowledge*. London: Sage Publications.
- Tutton, E. & Seers, K. (2003). An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing*. 12 (5), p. 689. Doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00775.x
- Tutton, E. & Seers, K. (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*. 46 (4), 380-389. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03005.x
- United Nations Secretariat (2009). *The Millennium Development Goals Report*. http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_ENG.pdf
- Vala, J. & Monteiro, M (1986). Análise de Conteúdo. In Silva & Pinto, J. (org.), *Metodologias das Ciências Sociais*, (pp. 101-128.). Porto: Edições Afrontamento.
- Vaz, C. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. (Dissertação de mestrado não publicada) Universidade Aberta, Lisboa.

- Veiga, M.A.P.L.F (2007). *Proteger a identidade da pessoa idosa no hospital - um desafio ao cuidado de enfermagem*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Vendlinski S, & Kolcaba K.Y. (1997). Comfort care: a framework for hospice nursing. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 14 (6), 271-276. Doi: 10.1177/104990919701400602.
- Victor, C.R. (1990). What is health? A study of the health beliefs of older people. *Journal of the Institute of Health Education*, 28 (1), 10-15.
- Vidán, Astiz, M.T. et al. (2008). Functional decline during hospitalization in elderly patients. Benefits of admission to the geriatrics service. [Abstract]. *Revista Española de Geriatria Y Gerontología*, 43 (3), p. 133-138.
- Viegas, L. (2006, 2º Semestre) – Atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas. Um estudo exploratório. *Pensar Enfermagem*, 10 (2), 47-57.
- Vielva, J. A. (2002). *Ética Profesional de la Enfermería*. Bilbao: Editorial Descleé De Brouwer, S.A.
- Vieira, Margarida (2007). *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Villar, F. Triadó C., Resano, S. & Osuna, M.J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (3), 152-162. http://personales.ya.com/fvillar/principal/pdf/2003_revista_multidisciplinar_adaptacion.pdf
- Wakefield, B.J. (2007). Functional trajectories associated with hospitalization in older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 29 (2), 161-177. Doi 10.1177/0193945906293809
- Walker, A.C. (2002). Safety and comfort work of nurses glimpsed through patient narratives. *Journal of Nursing Practice*, 8, 42-48. Doi: 10.1046/j.1440-172x.2002.00342.x
- Waldrop, D.P & Kirkendall, A.M. (2009). Comfort measures: a qualitative study of nursing home-based end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*, 12 (8), 719-724. Doi: 10.1089/jpm.2009.0053
- Waters, K.R., & Easton, N. (1999). Individualized care: is it possible to plan and carry out? *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), 79-87. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.00870.x
- Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Editions Seli Arslan.
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care - a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2008). Social justice and human caring: a model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice for humanity. *Creative Nursing*, 14 (2), 54-61.
- Wells, Y., Foreman, P., Gething, L., & Petrália, W. (2004). Nurses' attitudes toward aging and older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (9), 5-13. Doi: 10.1054/nedt.2000.0546

- Wilby, M. (2005). Cancer patients descriptions of comforting and discomforting nursing actions. *International Journal for Human Caring*, 9 (4), 59-63.
- Wilkin, K. & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 50 -59. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00814.x
- Wilson, J. (1986). *What philosophy can do* Houndmill. London: Macmillan Press.
- Wilson, L. (2002). *An investigation of the relationships of perceived nurse caring, social support and emotion-focused coping to comfort in hospitalized medical patients*. (Unpublished doctoral dissertation). Newark, New Jersey.
- World Health Organization (1999). *Ageing: Exploding the myths*. Obtido em http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.1.pdf
- World Health Organization (2002a). *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid.Spain. Obtido em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- World Health Organization (2002b). *Ageing and life course*. Obtido em <http://www.who.int/hpr/ageing>
- World Health Organization (2009). *Definition of an older or elderly person*. Obtido em <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en>
- World Health Organization (2012). *Chronic diseases*. Obtido em http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/.
- Wright, Lorraine (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Coimbra: Ariadne.
- Yates, F. (1993). Biological perspectives on growing old. In J. Schroots (Ed.), *Aging, health and competence: the next generation of longitudinal research*. (pp.55-87). Amsterdam: Elsevier.
- Yousefi, H., Abedi, H. A., Yarmohammadian, M.H. & Elliott, D. (2009, September). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (9), 1891-1898.

LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

- Decreto-lei nº 437/91 de 08 de Novembro (1991). Regula o exercício profissional de enfermagem. Diário da República Série I-A. Nº 257 (91-11-08), 5723-5741.
- Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril (1998). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República Série I-A. Nº 93 (98-04-21), 1739-1757.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 04 de Abril (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República Série I-A. Nº 205 (96-09-04), 2959-2962.
- Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro (2009). Institui a carreira de enfermagem e requisitos de habilitação profissional. Diário da República I Série. Nº 184 (09-09-22), 6761-6765.
- Lei n.º 111/09 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República I Série. Nº 180 (09-09-16), 6528-6550.
- Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (1990). Lei de Bases da Saúde. Diário da República I Série. Nº 155 (90-08-24), 3452-3467.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização do estudo pelo Conselho de Administração do Hospital



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Exma. Senhora
Profª Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro
Escola Superior de Saúde da
Universidade Católica Portuguesa
Rua Palma Cima
1600 - 178 LISBOA

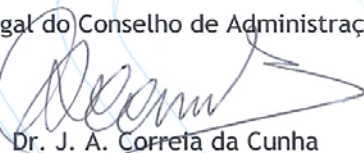
Refª VCA1 - 2007ABR26 - 0080

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de um estudo de investigação.

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o estudo de investigação subordinado ao tema: "A Natureza do Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar - uma Teoria Explicativa", foi autorizado pelo Conselho de Administração em 23 de Abril de 2007. Foi designada como Responsável a Senhora Enf.ª Supervisora Madalena Abranches, que deverá ser contactada através do telefone 21 780 52 24.

Com os melhores cumprimentos, *plm*

O Vogal do Conselho de Administração


Dr. J. A. Correia da Cunha

C/c: Enfermeira Supervisora Madalena Abranches

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 500
Fax: 217 805 600 / 01
Email: administracao@hsm.min-saude.pt
www.hsm.pt

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ANEXO II

Caracterização dos participantes enfermeiros

Participantes Enfermeiros	Idade	Sexo	Estado Civil	Anos de Experiência Profissional	Tempo no Serviço (Anos)	Formação Profissional	Razão da Escolha do Serviço
E1	24	Masculino	Solteiro	2,0	2,0	Licenciatura em Enfermagem	Propositada
E2	26	Feminino	Solteira	2,5	1,5	Licenciatura em Enfermagem	Ocasional
E3	24	Feminino	Solteira	3,0	2,0	Licenciatura em Enfermagem	Propositada
E4	42	Feminino	Solteira	13,0	11,0	Licenciatura em Enfermagem	Propositada
E5	27	Feminino	Solteira	5,0	5,0	Licenciatura em Enfermagem	Ocasional
E6	25	Feminino	Solteira	3,5	2,0	Licenciatura em Enfermagem	Ocasional
E7	25	Masculino	Solteiro	2,0	1,0	Licenciatura em Enfermagem	Propositada
E8	26	Feminino	Solteira	2,0	1,0	Licenciatura em Enfermagem	Ocasional
E9	23	Feminino	Solteira	0,5	0,5	Licenciatura em Enfermagem	Propositada
E10	27	Feminino	Solteira	5,0	5,0	Licenciatura em Enfermagem	Ocasional
E11	42	Feminino	Solteira	18,0	13,0	Licenciatura em Enfermagem (a frequentar a Especialização Médico-Cirúrgica)	Propositada
E12	28	Feminino	Solteira	5,0	5,0	Licenciatura em Enfermagem	Propositada
E13	25	Feminino	Solteira	2,0	2,0	Licenciatura em Enfermagem	Propositada
E14	28	Feminino	Solteira	4,5	4,5	Licenciatura em Enfermagem	Propositada
E15	26	Masculino	Solteiro	2,0	2,0	Licenciatura em Enfermagem	Ocasional
E16	39	Feminino	Casada	16,0	16,0	Licenciatura em Enfermagem	Propositada
E17	25	Masculino	Solteiro	1,0	1,0	Licenciatura em Enfermagem	Propositada
E18	47	Feminino	Casada	20,0	2,0	Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica	Propositada

ANEXO III

Guião de observação participante

Instrumento de Recolha de Dados

Guião de observação

Compreender a natureza do processo de conforto implica identificar as especificidades do processo de conforto dos doentes idosos crónicos hospitalizados, sendo necessário estudar e entender a organização em geral, os actores no quotidiano e o sentido das suas acções. Iremos observar as pessoas, as actividades, os comportamentos, as situações, as interacções, os acontecimentos, o saber estar, o saber fazer, o saber ser, no contexto cultural do serviço de Medicina, procurando fazer a apreciação intencional das necessidades de conforto bem como das acções que na abordagem dessas necessidades promovem conforto.

Tendo por base o já referido, pensamos ser útil sistematizar à partida algumas questões que procurarão orientar a nossa observação procurando compreender as grandes questões orientadoras desta pesquisa:

- Que necessidades de conforto experimentam os doentes idosos crónicos hospitalizados?
- Quais as situações de cuidados que permitem a utilização do conceito de conforto?
- Quais os papéis dos vários actores na construção do processo de conforto ao doente idoso?

A – Relativamente às necessidades de conforto que os doentes idosos crónicos hospitalizados experimentam, a fim de uma melhor organização procuraremos relacionar as questões tendo em conta os quatro contextos onde se incluem as necessidades de conforto, definidos por Kolcaba (2003):

- ▶ Físico – relativo às sensações do corpo;
- ▶ Psicoespiritual – relacionado com a consciência interna de si mesmo (próprio doente), onde se inclui a auto-estima, o significado da vida, sexualidade, o conceito de si mesmo e a relação com um ser mais elevado;
- ▶ Social – relativo às relações interpessoais, familiares e social;
- ▶ Ambiental – pertencente ao meio ambiente, às condições e influências externas.

Objectivo a ter em conta: conhecer as necessidades de conforto do doente idoso:

- Qual é o foco da necessidade de conforto? Procurar perceber em que contexto se insere?
- Que tipo de solicitações são feitas pelos doentes?
- Porquê e para quê é que os doentes solicitam os enfermeiros?
- Como se manifesta o doente quando sente conforto e/ou desconforto?
- Como se tornam aparentes isto é, se manifestam as necessidades do doente?
 - ▶ Através de monitorização
 - ▶ Relatos verbais e não verbais
 - ▶ Parâmetros patofisiológicos
 - ▶ Pedido de apoio/ajuda, de aconselhamento ou ensino/educação
 - ▶ Solicitação de uma intervenção específica
 - ▶ Outros,

Objectivo a ter em conta: caracterizar as necessidades de conforto do doente idoso:

- Como se posicionam os idosos na interacção com os enfermeiros? Pedem ajuda? Perguntam? Manifestam as suas necessidades? Querem informação?
- Quais as situações de interacção entre o doente e o enfermeiro em que já se sabe que há necessidade de promover o conforto ao doente?
- Quais as situações em que os doentes expressam vivências agradáveis, de bem-estar e conforto?
- Quais as situações em que os doentes expressam vivências desagradáveis, de mal-estar, de desconforto?
- Como reage o doente à presença do enfermeiro? E dos restantes elementos do serviço? E da “família”?
- Em que altura/hora do dia surgem manifestações de necessidades de conforto?
- É identificável alguma especificidade relativamente ao facto dos doentes serem idosos?

B – Relativamente ao objectivo que procura saber quais as situações de cuidados que permitem a utilização do conceito de conforto:

Objectivo a ter em conta: compreender quais os fundamentos das situações de cuidados que permitem a utilização do conceito de conforto:

- Quais as situações de interacção em que o doente expressa conforto e/ou desconforto?
- Como é que se constrói a interacção entre os enfermeiros e os doentes?
- É identificável, alguma especificidade inerente ao facto de os doentes serem idosos?
- Como é que os enfermeiros procuram saber o que é que conforta o doente?
- Como é que os enfermeiros sabem e dão resposta às necessidades de conforto dos doentes?
- Os enfermeiros dialogam com os doentes, escutam-nos procuram perceber primeiro quais as suas necessidades de conforto?
- Em que situações de cuidados os enfermeiros estão presentes? E com que sentido? Nessas situações os doentes referem sentir-se confortáveis?
- O que fazem os enfermeiros com os doentes?
- Como são compreendidos os hábitos de vida, os valores, as experiências de vida dos idosos? E os aspectos culturais como interferem nos cuidados?
- Os enfermeiros estimulam os doentes a expressarem a sua opinião relativamente ao conforto sentido/expresso?
- Há preocupação de atender ao ambiente físico?
- É procurado respeitar a vontade do doente relativamente ao horário dos cuidados de higiene e ao seu procedimento?
- Como são dinamizados os cuidados aos idosos?
- Que aspectos influenciam a percepção do doente relativamente aos cuidados de conforto?

C – No que diz respeito aos papéis dos vários actores na construção do processo de conforto ao doente idoso?

Objectivo a ter em conta: Compreender como a interacção dos profissionais e outros elementos (família...etc) concorrem para o conforto dos doentes idosos:

- Quem está presente no serviço e como se relacionam? Qual o tempo e modo dessa interacção? De que falam entre si?
- Que papéis desempenham no serviço os diferentes grupos de profissionais? Como exercem esses papéis? Com que hierarquias? Como observo os enfermeiros nesta interacção profissional?
- Como são decididos os cuidados de conforto aos idosos? A informação é recolhida por quem?
- Quem toma decisões e que decisões são tomadas relativamente às acções de conforto?
- Como é que os enfermeiros conseguem saber o que os doentes idosos precisam para estarem confortáveis?
- Qual o efeito da presença/distância do enfermeiro junto dos doentes idosos? E dos restantes elementos do serviço?
- Como se manifesta a presença da família na construção do conforto do doente?
- Como são dinamizados os cuidados aos idosos?
- Como estão organizados os cuidados para promover o conforto do doente?
- Quem lidera a iniciativa dos cuidados?

Objectivo a ter em conta: Compreender a acção dos enfermeiros e como concorre para o conforto dos idosos:

- Como é que os enfermeiros conseguem saber o que é que os doentes precisam?
- Para quê e porquê é que os enfermeiros se aproximam dos doentes?
- O que fazem os enfermeiros com os doentes idosos?
- Falam com os doentes idosos? Escutam os doentes idosos? De que falam com os doentes e que relação existe com a construção do processo de conforto?
- Valorizam os sentimentos, valores e pedidos dos doentes Idosos?

- O que diferencia os enfermeiros dos diferentes profissionais, relativamente ao que fazem com os doentes no sentido de lhe promoverem conforto?
- Os enfermeiros reúnem, com quem, quando e com que sentido e objectivo? Falam das diferentes necessidades de conforto dos doentes? e dos cuidados de conforto?
- As acções dos enfermeiros são pensadas em função do doente como pessoa individual e única?
- Os enfermeiros empenham-se nos cuidados de conforto aos doentes idosos?
- Quais são e como se articulam as estratégias que utilizam na construção dos cuidados de conforto?
- Estabelecem-se metas para a avaliação dos resultados das acções dos enfermeiros?

Objectivo a ter em conta: Compreender como o contexto da acção dos enfermeiros interfere no conforto dos doentes:

- O método de trabalho dos enfermeiros é facilitador da aproximação dos doentes a fim de poder ter um melhor conhecimento da pessoa, das suas necessidades de conforto?
- Que método usam? É facilitador da aproximação e conhecimento das necessidades de conforto?
- Que visibilidade tem o método de trabalho para os restantes membros da equipe?
- O sistema organizativo dos cuidados potencia o conforto dos doentes idosos?
- Em que aspectos é que o factor idade é diferenciador nos cuidados prestados?
- As mudanças instituídas têm como referencial o conforto do doente idoso?
- Como acolhem os doentes idosos? E na alta? E na visita médica?
- Como é que a organização entende os cuidados de conforto?

Objectivo a ter em conta: Compreender como os enfermeiros constroem a competência para promover o conforto dos idosos:

- Quais as competências e conhecimentos que os enfermeiros têm para poderem prestar cuidados de conforto?
- Como é que a informação que os enfermeiros possuem é utilizada na construção do conforto do doente?
- As práticas são “tarefas” diárias? Ou os enfermeiros questionam-se no dia-a-dia? Como as pensam? Discutem entre si tendo como referencial o conforto dos doentes idosos?

- Há preocupação por parte dos enfermeiros para promover o conforto do doente? E dos restantes elementos?
- Que estratégias são utilizadas pelos diferentes actores a fim de confortar os doentes?

Registos:

- Fazer os registos não esquecendo o guião estruturado “notas do diário de campo ou de bordo”.

- Acrescentar todos os aspectos considerados relevantes, pertinentes e de utilidade à compreensão do fenómeno em estudo.

- Recorrer se necessário a pequenas gravações de interações para assim, se necessário, tornar os registos mais fidedignos.

- Se necessário, distanciar-nos do local a observar para um gabinete (já destinado para o efeito), para gravar ou escrever a fim de não nos distanciarmos do registo.

- Recorrer a entrevista informal como complemento da observação participante visando o esclarecimento e a obtenção de pormenores de determinadas situações.

ANEXO IV

Caracterização dos participantes doentes idosos crónicos

Participantes Doentes	Género	Idade	Estado Civil	Com quem vive	Escolaridade	Profissão	Religião	Dias de Internamento	Diagnostico Clínico	Nº de Internamentos	Estado de Consciência e Expressão	Visitas
Id1	Feminino	76	Viúva	Sozinha	5º ano Liceu	Reformada (Contabilista)	Católica	13,0	Neoplasia + IRC	2	Consciente e Orientada	Filhos
Id2	Feminino	66	Casada	Marido	Licenciatura	Reformada (Advogada)	Católica	5,0	Sépsis + Insuficiência renal	2	Consciente e Orientada	Marido e filhos
Id3	Masculino	67	Divorciado	Filha	4ª classe	Reformado (Agricultor)	Católica	15,0	IRC	2	Consciente e Orientada	Filha
Id4	Feminino	84	Viúva	Filha	4ª classe	Reformada (Porteira)	Católica	7,0	Doença cardíaca + HTA + Diabetes	2	Consciente e Orientada	Filha
Id5	Feminino	72	Viúva	Sozinha	4ª classe	Reformada (Empregada doméstica)	Católica	10,0	DPOC	4	Consciente e Orientada	Filhos
Id6	Feminino	70	Casada	Marido	4ª classe	Reformada (Empregada doméstica)	Católica	4,0	Diabetes	2	Consciente e Orientada	Marido e Filho
Id7	Feminino	78	Solteira	Irmã	4ª classe	Reformada (Bordadeira)	Católica	9,0	Doença renal crónica	2	Consciente, Orientada e Comunicativa	Irmã
Id8	Feminino	74	Solteira	Irmã	5º ano Liceu	Reformada (Funcionária administrativa)	Católica	10,0	Epilepsia + Insuficiência respiratória	2	Consciente e Orientada	Irmã
Id9	Feminino	88	Solteira	Lar	4ª classe	Reformada (Costureira de alfaites)	Católica	17,0	Neoplasia intestinal + Doença cardíaca + HTA	2	Consciente e Orientada	Irmão
Id10	Feminino	65	Casada	Marido	4ª classe	Reformada (Porteira)	Católica	12,0	Neoplasia intestinal	2	Consciente e Orientada	Marido e Filhos
Id11	Feminino	65	Casada	Marido	4ª classe	Reformada (Costureira)	Católica	14,0	IRC	3	Consciente e Orientada	Marido e Filhos
Id12	Masculino	87	Solteiro	Filha	4ª classe	Reformado (Padeiro)	Católica	21,0	IRC	3	Consciente e Orientada	Filhos
Id13	Masculino	77	Casado	Mulher	4ª classe	Reformado (Taxista)	Católica	30,0	Insuficiência venosa + Diabetes	3	Consciente e Orientada	Mulher, Filha e Netos
Id14	Masculino	72	Casado	Mulher	5º ano Liceu	Reformado (Agente da PSP)	Católica	9,0	Doença cardíaca + HTA + Diabetes	3	Consciente e Orientada	Mulher e Irmão
Id15	Feminino	81	Viúva	Filha	4ª classe	Reformada (Urdideira)	Católica	16,0	Neoplasia do pulmão + Diabetes	2	Consciente e Orientada	Filha
Id16	Feminino	75	Solteira	Filho e Nora	4ª classe	Reformada (Telefonista)	Católica	13,0	Neoplasia	2	Consciente e Orientada	Filhos e Nora
Id17	Feminino	90	Viúva	Filha	4ª classe	Reformada (Comerciante)	Católica	19,0	Artrite reumatóide + DPOC	2	Consciente e Orientada	Filha e Irmão
Id18	Masculino	76	Viúvo	Lar	4ª classe	Reformado (Motorista de pesados)	Católica	24,0	IRC + Hemodiálise	3	Consciente e Orientada	Filho
Id19	Feminino	69	Viúva	Sozinha	4ª classe	Doméstica	Católica	8,0	Insuficiência cardíaca	2	Consciente e Orientada	Filhos e Amigos
Id20	Feminino	82	Viúva	Filha	4ª classe	Reformada (Costureira)	Católica	15,0	Neoplasia intestinal + IRC	2	Consciente e Orientada	Filha
Id21	Masculino	84	Casado	Mulher e Filha	Licenciatura	Reformado (Engenheiro)	Católica	12,0	Doença reumática + Diabetes	3	Consciente e Orientada	Mulher, Filha e Amigos
Id22	Masculino	87	Casado	Mulher	4ª classe	Reformado (Encarregado de pedreiro)	Católica	7,0	Neoplasia do pulmão	2	Consciente e Orientada	Mulher e Filhos

ANEXO V

Guião das entrevistas aos enfermeiros

Entrevista aos Enfermeiros – Estrutura Global

No que concerne à entrevista aos enfermeiros esta será estruturada em cinco momentos distintos:

Momento I – Fornecer Orientações – Será destinado a dar orientações para garantir a legitimação da entrevista, motivar o entrevistado a participar no estudo, informar acerca da temática, objectivos e finalidades do estudo.

Momento II – Caracterizar o entrevistado – Caracterizar a pessoa do enfermeiro segundo aspectos de natureza biográfica, afectiva e cognitiva. Conhecimento de algumas dimensões essenciais e do percurso profissional dos enfermeiros. Procura de dados que permitam conhecer as motivações dos enfermeiros para trabalharem com doentes idosos crónicos e a sua relação com a preparação e capacidade de tornar o doente confortável.

Momento III – Compreender o processo de construção e resposta do conforto - Saberes utilizados pelos enfermeiros - procuraremos conhecer, quais os conceitos que os enfermeiros têm acerca do doente idoso crónico hospitalizado e de que forma isso influencia e possibilita, o papel que lhes é atribuído nos cuidados e o conhecimento das experiências e das diferentes necessidades de conforto. Procurar-se-á identificar também, o conceito que os enfermeiros têm de conforto.

Momento IV – Compreender o processo de construção e resposta do conforto – Caracterização das práticas de cuidados promotoras de conforto – colher informações relativamente à presença ou ausência de situações de cuidados consideradas/representativas de conforto. Conhecimento de estratégias de conforto na interacção enfermeiro/doente. Conhecimento das estratégias de conforto na interacção enfermeiro/doente.

Momento V – Compreender o processo de construção e resposta do conforto Organização do trabalho – com este momento procuraremos informações acerca do serviço, da organização e estrutura, que possam dificultar ou facilitar os cuidados de conforto.

Consideramos no entanto que haverá algumas questões centrais que servirão de orientação à nossa entrevista pelo que estruturámos o guião que se segue:

Guião de Entrevista Semi-estruturada aos Enfermeiros

Tema: A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar – construção de uma teoria explicativa

Objectivos:

- Caracterizar o entrevistado
- Compreender o processo de construção e resposta do conforto

MOMENTOS	OBJECTIVOS	FORMULÁRIO DE QUESTÕES	ANOTAÇÕES
Momento I Orientações gerais da entrevista	<ul style="list-style-type: none">– Legitimar a entrevista– Motivar o entrevistado– Informar acerca da temática, objectivos e finalidades do estudo	<p>Pedir autorização para gravar a entrevista</p> <p>Solicitação para preenchimento do formulário de consentimento informado e voluntário</p>	<p>Garantir o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos.</p> <p>Valorizar o contributo do entrevistado para o êxito do nosso trabalho.</p> <p>Preocupação com o bem-estar e privacidade física.</p>
Momento II Identidade e referências do entrevistado	<ul style="list-style-type: none">– Caracterizar a pessoa do enfermeiro segundo aspectos de natureza biográfica, afectiva e cognitiva	<p>Questões relacionadas com:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sexo• Idade• Estado civil• Percurso profissional• Relações e interações com os idosos• Motivação para trabalhar com idosos com doença crónica	<p>Conhecimento de algumas dimensões essenciais, procura de dados que permitam conhecer as motivações dos enfermeiros para trabalharem com doentes idosos crónicos e a sua relação com a preparação e capacidade de tornar o doente confortável.</p> <p>Postura:</p> <ul style="list-style-type: none">– Acrescentar outras perguntas consideradas pertinentes, considerando o objectivo.
Momento III Saberes utilizados	<ul style="list-style-type: none">– Compreender o processo de construção e resposta do conforto	<p>Questões ligadas aos conhecimentos requeridos e utilizados pelos enfermeiros ao cuidar o doente idoso crónico hospitalizado:</p> <ul style="list-style-type: none">– Trabalhando num Serviço onde quase todos os doentes são idosos, quais são as suas preocupações quando cuida da pessoa idosa?– O que pensa do processo de hospitalização?– O que pensa que influencia a experiência de conforto/desconforto durante a hospitalização?– Quando se fala em conforto associa a quê?– Como é que descreve o conforto? E o desconforto?– Que dimensões envolve o processo de conforto?– Quais os aspectos que caracterizam o conforto?– Quando falamos em conforto lembra-se de que situações?	<p>Saberes utilizados pelos enfermeiros – identificação dos conceitos que os enfermeiros têm acerca do doente idoso crónico hospitalizado e de que modo influencia o conhecimento das experiências e das diferentes necessidades de conforto e os cuidados, e possibilita o papel que lhes é atribuído nos cuidados. Procurar ligar as necessidades aos quatro contextos do conforto. Identificar o conceito que os enfermeiros têm de conforto.</p> <p>Postura:</p> <ul style="list-style-type: none">– Emitir sinais verbais e não verbais de compreensão.– Solicitar esclarecimentos relacionados com a compreensão factual da história relatada.– Ajudar se necessário, com outras perguntas que permitam a continuidade.

MOMENTOS	OBJECTIVOS	FORMULÁRIO DE QUESTÕES	ANOTAÇÕES
<p>Momento IV</p> <p>Práticas de cuidados promotoras de conforto</p>	<p>- Compreender o processo de construção e resposta do conforto</p>	<p>Questões ligadas a experiências significativas de prestação de cuidados promotoras de conforto:</p> <p>- No decurso da sua experiência de prestação de cuidados, teve com certeza diversas experiências de interacção, em que considerou ter promovido o conforto do doente. Gostaria que escolhesse uma dessas experiências que considere ter sido importante, em termos de promoção do conforto para o doente, e que ma descreva desde o início até ao fim.</p>	<p>Caracterização das práticas de cuidados promotoras de conforto: colher informações relativamente à presença ou ausência de situações de cuidados consideradas/representativas de conforto. Conhecimento das estratégias de conforto na interacção enfermeiro/doente.</p> <p>Postura:</p> <p>- Emitir sinais verbais e não verbais de compreensão.</p> <p>- Solicitar esclarecimentos relacionados com a compreensão factual da história relatada.</p> <p>- Ajudar com outras perguntas que permitam a continuidade.</p>
<p>Momento V</p> <p>Organização do trabalho</p>	<p>- Compreender o processo de construção e resposta do conforto</p>	<p>Questões relacionadas com:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contexto de trabalho/serviço Organização e estrutura do serviço 	<p>Informações que possam dificultar ou facilitar os cuidados de conforto.</p> <p>Postura:</p> <p>- Ajudar se necessário, com outras perguntas que sejam pertinentes, considerando o objectivo e que permitam a continuidade.</p>

ANEXO VI

Guião das entrevistas aos doentes idosos crónicos

Entrevista aos Doentes – Estrutura Global

No que concerne à entrevista aos doentes idosos crónicos hospitalizados, esta será estruturada em seis Momentos tomando-se como unidade o conforto:

Momento I – Fornecer Orientações – destinado a dar orientações para garantir a legitimação da entrevista, motivar o entrevistado a participar no estudo, informar acerca da temática, objectivos e finalidades do estudo.

Momento II – Caracterizar o entrevistado – Identidade e referências dos idosos – procurará conhecer o doente idoso crónico, a sua situação e experiência de vida e de doença, família/pessoa significativa e papel social.

Momento III – Compreender o processo de construção e resposta do conforto – Procurar dados que permitam caracterizar as situações de cuidados que possibilitam a utilização do conceito de conforto e explorar experiências significativas de conforto. Questões ligadas a experiências significativas durante a hospitalização, que se relacionam quer com momentos/situações agradáveis de conforto e bem-estar, quer com momentos/situações desagradáveis e de desconforto. Colher informações acerca das opiniões dos participantes, das situações de cuidados representativas de conforto.

Momento IV – Compreender o processo de construção e resposta do conforto – clarificar as necessidades de conforto sentidas – Procurar dados que permitam conhecer as necessidades de conforto sentidas pelo doente idoso crónico em contexto hospitalar, perceber se as necessidades sentidas foram satisfeitas e identificar as expectativas do doente relativamente ao conforto esperado.

Momento V – Compreender o processo de construção e resposta de conforto – Papel que os doentes idosos crónicos, atribuem aos vários actores no processo de construção e resposta de conforto – procurar-se-á saber quais as concepções dos doentes em relação aos cuidados prestados, pelos vários actores, que permitem a utilização do conceito de conforto, no contexto cultural do serviço de Medicina.

Momento VI – Compreender o processo de construção e resposta do conforto – Concepção de conforto – procurar-se-á identificar o conceito que os doentes têm de conforto, propriamente dito.

Consideramos no entanto que haverá algumas questões centrais que servirão de orientação á nossa entrevista pelo que estruturámos o guião que se segue:

Guião de Entrevista Semi-estruturada aos Doentes Idosos Crónicos

Tema: A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar – construção de uma teoria explicativa

Objectivos:

- Caracterizar o entrevistado
- Compreender o processo de construção e resposta do conforto

MOMENTOS	OBJECTIVOS	FORMULÁRIO DE QUESTÕES	ANOTAÇÕES
Momento I Orientações gerais da entrevista	Explicação sumária do trabalho que estou a desenvolver (temática, objectivos, finalidades do estudo e tratamento dos dados); - Legitimar a entrevista; - Motivar o entrevistado	- Pedir autorização para a realização da entrevista e sua gravação - Solicitação para preenchimento do formulário de consentimento informado e voluntário	Garantir o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos. Valorizar o contributo do entrevistado para o êxito do nosso trabalho. Preocupação com o bem-estar e privacidade física.
Momento II Identidade e referências do idoso	- Caracterizar o entrevistado (determinar as características do doente idoso segundo variáveis explicativas, biológicas, sociais e demográficas)	Questões relacionadas com: <ul style="list-style-type: none">• Sexo• Idade• Estado civil• Escolaridade• Profissão/ocupação• Religião• "Família"• Experiência de vida• Situação de saúde e doença	Conhecimento do idoso, sua experiência de vida e situação de saúde e doença, a sua "família" e o papel social
Momento III Utilização do conceito de conforto	- Compreender o processo de construção e resposta do conforto (clarificar situações de cuidados)	- Questões ligadas a experiências significativas, durante a hospitalização, que se relacionam quer com momentos/situações agradáveis de conforto e bem-estar, quer com momentos/situações desagradáveis e de desconforto. Saber quais foram esses momentos. Estarão ligados em particular aos cuidados de enfermagem? O que pensaram e sentiram durante essas experiências? Tentar especificar. <ul style="list-style-type: none">• Ao longo da sua hospitalização certamente já viveu momentos/ experiências que o confortassem. Peço-lhe que escolha um desses momentos que considere ter sido importante para si em termos de	Procurar dados que permitam caracterizar as situações de cuidados que possibilitam a utilização do conceito de conforto e explorar experiências significativas de conforto. Postura: - Emitir sinais verbais e não verbais de compreensão. - Solicitar esclarecimentos relacionados com a compreensão factual da história relatada. - Ajudar se necessário, com outras perguntas que permitam a continuidade.

MOMENTOS	OBJECTIVOS	FORMULÁRIO DE QUESTÕES	ANOTAÇÕES
		<p>conforto, e que me o relate, desde o início até ao fim. Quem o confortou?</p> <ul style="list-style-type: none"> Ao longo da sua hospitalização certamente já viveu momentos/ experiências que lhe tenham provocado desconforto peça-lhe que escolha um desses momentos e que me o relate. Como caracterizaria esse momento? O que sentiu? 	
<p>Momento IV</p> <p>Necessidades de conforto</p>	<p>- Compreender o processo de construção e resposta do conforto (clarificar as necessidades de conforto sentidas)</p>	<p>- Questões relacionadas com as diferentes necessidades sentidas durante a hospitalização e o contexto da experiência em que se inserem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gostaria que recordasse a sua hospitalização. Quais as necessidades sentidas? Considera-as importantes para o seu conforto e bem-estar? De que forma? As necessidades que sentiu foram satisfeitas? Por quem? O que sentiu? O que esperava que fizessem para colmatar a necessidade sentida? Na sua opinião a quem competia e quem estaria mais apto a fazê-lo? 	<p>Procurar dados que permitam conhecer as necessidades de conforto sentidas pelo doente idoso crónico em contexto hospitalar, perceber se as necessidades sentidas foram satisfeitas e identificar as expectativas do doente relativamente ao conforto esperado</p> <p>Postura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Emitir sinais verbais e não verbais de compreensão. Solicitar esclarecimentos relacionados com a compreensão factual da história relatada. Ajudar se necessário, com outras perguntas que permitam a continuidade. Questionar de forma a procurar perceber se, as necessidades se relacionavam com o: contexto físico – sintomatologia física e funcional do doente (controle dos sintomas), sensações do corpo; contexto psicoespiritual – consciência de si, suporte emocional e espiritual (relação com uma ordem ou ser superior), auto estima, sexualidade, afecto, apoio, companhia, confiança, segurança, tranquilidade, ensino, aconselhamento, problemas financeiros, sentido de vida; contexto ambiental – ambiente onde está inserido – quarto, ruído, luz, temperatura, objectos pessoais, equipamento (mobiliário), cor e elementos naturais ou artificiais do meio; contexto social – relações interpessoais, familiares e sociais.
<p>Momento V</p> <p>Papéis dos vários actores</p>	<p>- Compreender o processo de construção e resposta de conforto (clarificar os cuidados prestados pelos vários actores)</p>	<p>- Questões relacionadas com os cuidados prestados pelos diferentes actores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Quando precisa de algo quem é que habitualmente o procura ajudar? Quem é que habitualmente presta os cuidados que o confortam? Considera que os cuidados prestados por todos os elementos da equipa de saúde são cuidados de conforto? Que estratégias utilizam os enfermeiros para promover o conforto? Considera ter sido confortado durante a hospitalização? De que forma? Por quem? 	<p>Perceber quais as concepções que os doentes idosos têm em relação aos cuidados prestados pelos vários actores que permitem a utilização do conceito de conforto, no contexto cultural serviço de Medicina.</p> <p>Postura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Emitir sinais verbais e não verbais de compreensão. Solicitar esclarecimentos relacionados com a compreensão factual da história relatada. Ajudar se necessário, com outras perguntas que permitam a continuidade.
<p>Momento VI</p> <p>Concepção de conforto</p>	<p>Compreender o processo de construção e resposta do conforto (clarificar o conceito)</p>	<p>- Questões relacionadas com o termo "conforto"</p> <ul style="list-style-type: none"> Quando se fala em conforto associa a quê? Como é que descreve o conforto? E o desconforto? Quais os aspectos que caracterizam o conforto? Quando falamos em conforto lembra-se de que situações? O que pensa que influencia a experiência de conforto/desconforto durante a hospitalização? 	<p>Clarificação do conceito de "conforto", propriamente dito.</p> <p>Postura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Emitir sinais verbais e não verbais de compreensão. Solicitar esclarecimentos relacionados com a compreensão factual da história relatada. Ajudar se necessário, com outras perguntas que permitam a continuidade.

ANEXO VII

Codificação/categorização dos dados e temas emergentes: estruturação do domínio

Concepções de “Conforto”/“Não Conforto” e respectivas categorias/subcategorias

UNIDADES DE REGISTO	SIGNIFICADO DA DECLARAÇÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<i>"[Desconforto] Não estar bem! Seja ele ao nível que for! É no fundo, o contrário de conforto."</i> (E10,18)	Para o enfermeiro, "não estar bem" é expressão de desconforto em oposição ao conforto	Expressão do "não conforto"	Estado/sentimento de "mal estar"
<i>"O [desconforto] é o contrário de conforto... Desconforto é portanto, indisposição."</i> (E2,10)	Para o enfermeiro, desconforto tem um sentido contrário ao conforto, traduzindo-se numa indisposição.	Expressão do "não conforto"	Estado/sentimento de "mal estar"
<i>Desconforto? Numa palavra: contrário ao conforto...mal estar!"</i> (E8,12)	Para o enfermeiro mal-estar é expressão de desconforto	Expressão do "não conforto"	Estado/sentimento de "mal estar"
<i>"Desconforto é... sofrimento."</i> (E9,6)	Para o enfermeiro,sofrimento, é expressão de desconforto	Expressão do "não conforto"	Estado/sentimento de "mal estar"
<i>" Desconforto associa a mal estar (...) eu acho que mau estar acaba por classificar bem. "</i> (E3,7)	Para o enfermeiro, "mal estar" é expressão de desconforto	Expressão do "não conforto"	Estado/sentimento de "mal estar"
<i>"Eu não consigo arranjar uma palavra específica para o desconforto. Mas o doente está desconfortável nunca vai estar mesmo bem em termos de saúde!(...) não consigo arranjar uma palavra específica [para o desconforto], porque vai interferir em tudo!"</i> (EE2,9)	Para o enfermeiro não estar bem, é expressão de desconforto.	Expressão do "não conforto"	Estado/sentimento de "mal estar"
<i>" Desconforto... associa (...) associa ao não bem estar! ...a pessoa sentir-se...sentir-se mal (...)"</i> (E4,27)	Para o enfermeiro, desconforto é oposto ao bem-estar, estado de "sentir mal/mal estar"	Expressão do "não conforto"	Estado/sentimento de "mal estar"
<i>"O desconforto [relaciona] com dores..."</i> (E2,12)	Para o enfermeiro, desconforto relaciona-se à presença de dores	Expressão do "não conforto"	Estado/sentimento de vivência de dor
<i>"(...) conforto associa à ausência da dor,...)"</i> (E1,17)	Para o enfermeiro, ausência de dor é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Estado de alívio /ausência de dor
<i>" (...) conforto (...) associa (...) à ausência de desconforto....de dor!"</i> (E1,18)	Para o enfermeiro, ausência de dor, é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Estado de alívio /ausência de dor
<i>"(...) Conforto associa à ausência da dor (...)"</i> (E12,8)	Para o enfermeiro, ausência de dor é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Estado de alívio /ausência de dor
<i>"E depois [conforto] também é o bem estar físico (...) tem a ver com o alívio da dor..."</i> (E4,5)	Para o enfermeiro, um estado de alívio de dor é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Estado de alívio /ausência de dor
<i>" [Conforto]...É, uma pessoa que se sinta confortável é uma pessoa que há partida, não tenha dores, por exemplo no caso de um doente, por exemplo não tenha dores (...)"</i> (E5,5)	Para o enfermeiro, estar sem dores é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Estado de alívio /ausência de dor
<i>"E também associa [conforto] a outro conceito que é o contrário... desconforto, portanto o contrário do conforto,...)"</i> (E1,15)	Para o enfermeiro, conforto tem um sentido contrário ao desconforto	Expressão do "não conforto"	
<i>"Conforto. (...) normalmente associa... ao bem -estar."</i> (E1,12)	Para o enfermeiro, conforto é expressão de bem-estar	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
<i>"(...) costume associar [conforto] um pouco à ausência de dor, (...), quer a nível físico quer a dor a outros níveis, portanto psicológico."</i> (E1,14)	Para o enfermeiro, o conforto, é ausência de dor - perspectiva multidimensional	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Estado de alívio /ausência de dor
<i>"(...)conforto associa a bem -estar(...)"</i> (E1,16)	Para o enfermeiro, bem-estar é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
<i>"(...) o conforto é abrangente. Há que perceber as necessidades das pessoas (...), procuro dar importância a todos os aspectos da pessoa idosa"</i> (E1,27)	Para o enfermeiro, o conforto é expressão abrangente/multifocal	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
<i>"(...) a definição de conforto pode ser muito...abrangente! Conforto...É um bem-estar físico, sócio-cultural.dependendo de várias situações, vem tudo no sentido...do bem-estar global!"</i> (EE3,3)	Para o enfermeiro,conforto é expressão multidimensional de bem-estar.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
<i>"Conforto...bem-estar total ou conforto total [para o doente]. Em todas,...) em todas as dimensões. Dimensão física, psíquica, mental, social...espiritual,...e a cultural, e ambiental"</i> (EE4,15)	Para o enfermeiro, o conforto é expressão de bem-estar total em diferentes dimensões (física, psíquica, mental, social, espiritual, cultural, e ambiental).	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
<i>"Conforto defino como bem-estar ...tranquilidade."</i> (E8,11)	Para o enfermeiro, bem-estar/ tranquilidade, é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
<i>"Conforto numa palavra é bem- estar"</i> (E9,5)	Para o enfermeiro, bem-estar, é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
<i>"Bem-estar é conforto"</i> (E10, 4)	Para o enfermeiro,bem-estar é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
<i>" [Conforto] Bem-estar e estar bem!"</i> (E10,17)	Para o enfermeiro, bem-estar e estar bem é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do	"Bem-estar global" e "Estar bem"

UNIDADES DE REGISTO	SIGNIFICADO DA DECLARAÇÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
		"conforto"	
"[Conforto é] Bem-estar! (...)." (E11,3)	Para o enfermeiro, bem-estar é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"Está ligado [conforto] ao bem-estar, (...) bem-estar físico, bem-estar psicológico (...)." (EE5,3)	Para o enfermeiro, bem-estar é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"[Conforto é] Bem-estar físico, psicológico..." (E12,3)	Para o enfermeiro, bem-estar é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"[Conforto é] Bem-estar ...físico, psicológico do doente(...)" (E12,7)	Para o enfermeiro, bem-estar é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"[Conforto] que ele [doente] (...) esteja sereno (...)" (E12,10)	Para o enfermeiro, estado de serenidade é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"Sinónimo de conforto é bem-estar e estar bem..." são praticamente sinónimos!" (E2,9)	Para o enfermeiro, bem-estar e estar bem é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global" e "Estar bem"
"(...)o conforto é bem-estar que envolve várias dimensões da pessoa... a parte física, psicológica..." (E2, 11)	Para o enfermeiro o conforto envolve várias dimensões da Pessoa (física e psicológica)	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"Associo conforto a bem-estar" (E3,6)	Para o enfermeiro, bem-estar é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"Conforto é sinónimo de bem-estar." (EE2,8)	Para o enfermeiro, bem-estar é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"Quando falo em conforto é muita coisa...é abrangente a várias dimensões da pessoa. O conforto tem várias abrangências." (EE2,11)	Para o enfermeiro, o conforto é abrangente implica olhar a Pessoa de forma holística	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"Quando falo em conforto é muita coisa...é abrangente a várias dimensões da pessoa..." (EE2, 13)	Para o enfermeiro a dimensão do ambiente deve ser contemplada no conforto do doente	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"Conforto é tudo! É tudo o que o doente precisa. Desde a admissão do doente no serviço até à alta." (E4,4)	Para o enfermeiro, estar à vontade é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"O conforto não é só físico...acaba por ser também uma dimensão psico-afectiva!" (E4,8)	Para o enfermeiro o conforto engloba uma dimensão psico afectiva	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"Também a dimensão...psico-espiritual também, é conforto. Às vezes é se calhar essa parte espiritual que nós acabamos por não dar às vezes tanta atenção! Só quando temos às vezes aqueles períodos que estamos mais em contacto com eles, a falar mais, aí é que eles acabam por nos explicitar talvez um pouco as suas crenças, momeadamente a parte religiosa." (E4,9)	Para o enfermeiro o conforto engloba uma dimensão psico espiritual	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"Conforto associo a bem-estar." (E4,26)	Para o enfermeiro, bem-estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"Conforto...conforto é um estado em que há uma ausência ou um mínimo de preocupações...". (E5,4)	Para o enfermeiro um estado com ausência ou mínimo de preocupações é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"O conforto associo (...) ao bem-estar, se a pessoa está bem (...)." (E6,3)	Para o enfermeiro, bem-estar/estar bem, é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global" e "Estar bem"
"(...) conforto tem a ver não só a nível da doença mas também a (...) nível de higiene, (...), alimentação! Sei lá! Envolve...toda a pessoa na sua globalidade... várias dimensões" (E6,4)	Para o enfermeiro, o conforto relaciona-se à Pessoa na sua globalidade/várias dimensões.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"(...) lá está, (...) também o (...) [conforto] é multidimensional...está relacionado com o ambiente físico, o barulho, as luzes..." (E6,6)	Para o enfermeiro a dimensão do ambiente deve ser contemplada no conforto do doente	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"Conforto também tem a ver com a parte espiritual..." (E6,8)	Para o enfermeiro o conforto, olha à dimensão espiritual da pessoa.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"Conforto para mim é... (...) acaba por ser bem-estar...Conforto é bem-estar!" (E6,10)	Para o enfermeiro, bem-estar, é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"O que é para mim o conforto? Eu acho que é o sentimento muito individual, (...) é sentir-me de facto bem na minha totalidade como pessoa. Como pessoa na minha totalidade, fisicamente, psicologicamente, comigo e com os outros. Portanto tem que ser um todo! (...), é a minha	Para o enfermeiro, bem-estar é expressão de conforto/estar confortável	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"

UNIDADES DE REGISTO	SIGNIFICADO DA DECLARAÇÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<i>integridade total estar bem. E estar bem comigo para poder estar bem com os outros, não é?" (EE6,14)</i>			
<i>"Conforto...tem a ver como é que cada pessoa se sente no meio em que se encontra..." (E1,13)</i>	Para o enfermeiro o conforto, relaciona-se à individualidade da pessoa	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
<i>"O conforto engloba todas as dimensões da...pessoa! Tem que se estar confortável em todas os níveis...Não só físico mas também mental, espiritual, e social." (E8,3)</i>	Para o enfermeiro o conforto tem uma expressão multidimensional.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
<i>"[O conforto] é individual porque tem a ver com os valores e com as características de cada indivíduo." (EE5,4)</i>	Para o enfermeiro, o conforto, atende à individualidade de cada Pessoa.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
<i>"Associo o conforto aquilo que o doente gosta... tem a ver com o que o doente prefere (...).Não é impôr-lhe as minhas ideias nem as minhas rotinas por assim dizer, é ir de encontro àquilo que cada doente prefere." (E2,8)</i>	Para o enfermeiro, o conforto relaciona-se aos gostos/desejos de cada pessoa.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
<i>"Conforto é tudo o que fazemos pelos doentes! É tudo o que o doente precisa. Desde a admissão do doente no serviço até à alta.(EE1,3)</i>	Para o enfermeiro, o conforto é abrangente implica olhar a Pessoa de forma holística	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
<i>"É um bocado complexo de definir...conforto envolve várias dimensões da pessoa..." (E5,6)</i>	Para o enfermeiro a definição de conforto é complexa, englobando várias dimensões da Pessoa	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
<i>" (...) [conforto] é muito subjectivo, porque uma pessoa pode estar comodamente instalada numa poltrona e parecer e estar com o ar mais confortável do mundo e interiormente pode estar com um problema qualquer, preocupado com o filho que está lá fora a fazer isto ou aquilo, e está profundamente desconfortável... conforto tem a ver com cada um de nós...." (E5,7)</i>	Para o enfermeiro, o conforto relaciona-se à subjectividade/individualidade	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
<i>" [Conforto] Está associado à individualidade do doente.(...)." (E5,9)</i>	Para o enfermeiro, o sentido de conforto liga-se à privacidade do doente	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
<i>" [Objectivo principal das acções] é o conforto do doente...O bem-estar é o conforto!" (EE4,2)</i>	Para o enfermeiro,conforto é intenção/objectivo dos cuidados de enfermagem.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Intenção de cuidar/cuidados
<i>"Conforto é todos os procedimentos que a gente efectua! São todos os actos!"(EE1,5)</i>	Para o enfermeiro, o conforto, são as acções realizadas.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Intenção de cuidar/cuidados
<i>" [Conforto] é nas várias dimensões...Sociais e muitas vezes também espirituais!" (EE4,4)</i>	Para o enfermeiro, o conforto abrange várias dimensões	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
<i>"Conforto é estar (...) sem desconfortos..."(Id1,12)</i>	Para o doente idoso crónico, estar sem desconfortos, é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Estado de alívio/ausência de dor
<i>"Conforto ... tenho que estar bem! Sem falta de ar... e sem dores." (Id14,16)</i>	Para o doente idoso crónico, estar sem desconfortos, é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Estado de alívio/ausência de dor
<i>" (...) conforto é o alívio da dor, (...)"(Id2, 19)</i>	Para o doente idoso crónico, estar sem dor é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Estado de alívio/ausência de dor
<i>"Por exemplo quando temos dores que é desconforto, precisamos que nos aliviem.. isto é conforto. A dor é nossa! Mas como é óbvio, é uma das causas de desconforto! (...)depois...ficamos melhor."(Id2,39)</i>	Para o doente idoso crónico, estar sem dor, é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Estado de alívio/ausência de dor
<i>"Ter conforto é não ter dores"(Id6,14)</i>	Para o doente idoso crónico, estar sem dores, é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Estado de alívio/ausência de dor
<i>" Para mim [conforto] é estar bem (...)" (Id15,13)</i>	Para o doente idoso crónico, estar bem é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global" e "Estar bem"
<i>" Conforto é (...) estarmos bem...é bem estar"(Id16,7)</i>	Para o doente idoso crónico, estar bem e bem estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global" e "Estar bem"
<i>" Olhe[conforto] é bem-estar! (Id18,6)</i>	Para o doente idoso crónico, bem-estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
<i>"(...) conforto...é sentir bem! É bem-estar!"(Id19,9)</i>	Para o doente idoso crónico, sentir bem e bem-estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global" e "Estar bem"
<i>"Conforto é bem-estar...sei lá é tudo o que podemos querer nesta situação."(Id2,17)</i>	Para o doente idoso crónico, bem-estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"

UNIDADES DE REGISTO	SIGNIFICADO DA DECLARAÇÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
"(...) é bem-estar!" (Id20,5)	Para o doente idoso crónico, bem estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"O que é estar confortável? (...) para mim o mais simples, e o mais simples é o melhor!" Assim estou eu. Sentir-me bem...É conforto!" (Id21,10)	Para o doente idoso crónico, bem estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Estar bem"
"Conforto...é encontrar-me bem..." (Id22,9)	Para o doente idoso crónico, bem estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Estar bem"
"Conforto é tudo...é amplo...envolve várias coisas..." (Id14,17)	Para o doente idoso crónico, o conforto relaciona-se à pessoa no seu todo.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"Conforto (...)! É difícil...porque é tudo!" (Id19,8)	Para o doente idoso crónico, o conforto relaciona-se à pessoa no seu todo.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"Associo o conforto a bem-estar...a bem-estar"(Id10,13)	Para o doente idoso crónico, bem-estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"Bem-estar! É conforto..."(Id12,5)	Para o doente idoso crónico, bem-estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"[Conforto] É bem-estar." (Id13,10)	Para o doente idoso crónico, bem-estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"Conforto acho que seja o bem-estar da pessoa(...)" (Id14,13)	Para o doente idoso crónico, bem-estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"Bem-estar! é conforto (...)"(Id2,18)	Para o doente idoso crónico, bem-estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
" Assim como lhe disse há pouco, o conforto é bem-estar!"(Id2,41)	Para o doente idoso crónico, bem-estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"Conforto, é uma pessoa estar bem,... bem acomodada"(Id3,14)	Para o doente idoso crónico, estar bem/bem acomodada, é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Estar bem"
"Tenho-me sentido aqui muito bem. Bem mesmo, de verdade... sinto-me bem, estou à vontade...confortável!"(Id4,3)	Para o doente idoso crónico, estar bem, à vontade é expressão de conforto	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Estar bem"
"Conforto, conforto, (...), é o nosso bem estar"(Id4,5)	Para o doente idoso crónico, bem estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"Conforto é o ambiente com que a gente vive aqui, de bem estar, (...) com pessoas amigas..e aqui sinto-me bem, estou à vontade,(...)." (Id4,6)	Para o doente idoso crónico, "bem estar ambiental/estar à vontade", é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"Estou aqui à vontade...estou bem! E isso é conforto"(Id4,20)	Para o doente idoso crónico, "estar à vontade/estar bem", é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Estar bem"
"O Conforto é... sentir-me bem, (...)" (Id6,12)	Para o doente idoso crónico, estar bem é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Estar bem"
"Quer dizer conforto, conforto, é (...) estar muito bem, é estar bem (...)" (Id7,6)	Para o doente idoso crónico, estar bem é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Estar bem"
"Conforto é bem-estar...e isso chama-se conforto (...)"(Id7,14)	Para o doente idoso crónico, bem estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"(...) mais ou menos tenho tudo e estou bem! Sinto -me confortável aqui... confortável...é um bem-estar...conforto é um bem-estar!"(D8, 7)	Para o doente idoso crónico, bem estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
"Conforto ...é nada nos incomodar...não há nada que incomode e isso...é conforto"(D8,9)	Para o doente idoso crónico, "estar livre de incómodos" é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Bem-estar global"
" (...) o mais importante é sentirmos que estamos bem, isso é conforto"(D8,13)	Para o doente idoso crónico, estar bem é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Estar bem"
"O conforto..É sentir-me bem comigo mesma!"(Id9,8)	Para o doente idoso crónico, bem estar é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	"Estar bem"
"Conforto é estar sem dores (...)"(Id11,11)	Para o doente idoso crónico, estar sem dores, é expressão de conforto.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Estado de alívio/ausência de dor
"[Conforto]...é ter aquilo que preciso!" (Id1,20)	Para o doente idoso crónico, o conforto é poder ter tudo o que se deseja.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade

UNIDADES DE REGISTO	SIGNIFICADO DA DECLARAÇÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
"Sim, [conforto] é ter o que preciso! Em qualquer momento..Portanto, é tudo!" (Id1,21)	Para o doente idoso crónico, o conforto é poder ter tudo o que se deseja.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
"Conforto é então...termos tudo o que desejamos...(..)"(Id1,28)"	Para o doente idoso crónico, o conforto é poder ter tudo o que se deseja.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
"O conforto é assim, (...) aqui no hospital, acho que desde que nós tenhamos tudo o que necessitamos, estamos bem...(..) penso que ...o importante é ter o que o doente precisa." (Id10,12)	Para o doente idoso crónico, o conforto é poder ter tudo o que se deseja.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
"Aqui, (...) tenho tudo mais ou menos do que preciso, por isso tenho conforto"(Id10,15)	Para o doente idoso crónico, o conforto é poder ter tudo o que se deseja.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
"Conforto eu acho que é (...) bom! (...) conforto é tudo." (Id13,9)	Para o doente idoso crónico, o conforto tem um dimensão ampla.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"Se a pessoa se sentir bem, aqui no hospital, com tudo o que deseja, é conforto!"(Id14,14)	Para o doente idoso crónico, o conforto é poder ter tudo o que se deseja.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
"Sim, [conforto] é a pessoa ter aquilo que precisa"(Id3,15)	Para o doente idoso crónico, o conforto é poder ter tudo o que se deseja.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
"Aqui tenho tudo o que preciso. Conforto é isso...ter o que cada um precisa" (Id5,7)	Para o doente idoso crónico, o conforto é poder ter tudo o que se deseja.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
"É preciso estar bem em todas as vertentes...isso é conforto"(Id7,15)	Para o doente idoso crónico, o conforto relaciona-se ao estar bem em todas as vertentes.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"Conforto é isso mesmo (...) termos o que se precisa" (Id8,8)	Para o doente idoso crónico, o conforto é poder ter tudo o que se deseja.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
"Falar em conforto... conforto é isso mesmo, todos os cuidados que têm comigo.."(Id1,19)	Para o doente idoso crónico, o conforto relaciona-se com os cuidados que lhe são prestados	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Intenção de cuidar/cuidados
"(...) acho importante quando estamos no hospital, que nos confortem,é isso o mais importante nos cuidados...e aqui isso acontece!" (Id5,6)	Para o doente idoso crónico, o conforto relaciona-se com os cuidados que lhe são prestados	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Intenção de cuidar/cuidados
"Claro que para mim o conforto tem a ver com tudo...é amplo"(Id7,7)	Para o doente idoso crónico, o conforto relaciona-se à pessoa no seu todo.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	
"Conforto é poder ter tudo o que desejo!" (Id20,6)	Para o doente idoso crónico, o conforto é poder ter tudo o que se deseja.	Expressão multifocal/multidimensional do "conforto"	Individualidade/subjectividade
"[Desconforto] (...) é contrário ao conforto (...)."(Id2,36)	Para o doente idoso crónico, desconforto tem sentido contrário ao conforto	Expressão do "não conforto"	
"Desconforto...para mim, é mal estar!" (Id1,25)	Para o doente idoso crónico, "mal estar" é expressão de desconforto	Expressão do "não conforto"	Estado/sentimento de "mal estar"
"O desconforto é... mau estar"(Id2,40)	Para o doente idoso crónico, mal estar é expressão de desconforto	Expressão do "não conforto"	Estado/sentimento de "mal estar"
"(...) desconforto, é mau estar...é ter dores!" (Id9,9)	Para o doente idoso crónico, mau estar é expressão de desconforto	Expressão do "não conforto"	Estado/sentimento de "mal estar"

ANEXO VIII

Grelha final de codificação aberta/categorização global dos dados

Tema	Domínio	Categoria	Subcategoria
Contexto de Cuidados	Ambiente integrador	Liderança / ligação de proximidade	Estabilidade na distribuição da equipa de enfermagem
			Método de trabalho / enfermeiro de referência
			Espírito de interajuda nos cuidados
			Potencia os cuidados confortadores
	Concepções de enfermagem geriátrica	Perspectiva humanista / afectiva	Intenção / objectivo de cuidar / cuidado centrado no Conforto
			Visão holística da Pessoa
			Compreender os idosos e processo de envelhecimento
			Individualização dos cuidados / Valorização das "pequenas-grandes coisas"
			Sensibilidade à fragilidade / dependência do doente idoso
			Significado e sentido atribuído ao processo de hospitalização
	Factores contextuais limitadores do Conforto do idoso	Perspectiva de "segmentação" de cuidados	Pouca expressividade dos cuidados autónomos, na transmissão de informação oral / escrita de enfermagem
			Escassez de reuniões multidisciplinares / abordagem dos aspectos relacionados com o Conforto do idoso
		Contexto da acção	Condições ambientais
			Qualidade da alimentação: alimentação mal confeccionada / mal apresentada
Contexto dos Actores	Características definidoras do idoso que interferem na vivência confortadora	Maneira de ser / estar do idoso	Ausência de actividades de lazer
			Rácio enfermeiro / idoso percepcionado como baixo / tempo no cuidado
			Tristeza gerada pelas memórias / lembranças da situação de vida
			Medos / receios
	Necessidades do idoso que enformam os cuidados confortadores	Alterações físicas / doença	Dificuldade de adaptação à mudança
			Ansiedade causada pela falta de informação
			Sintomatologia / queixas físicas
			Alívio de desconforto físico
		Alterações do processo de saúde / doença	Informação / esclarecimento
			Autonomia nas AVDS
			Segurança / Confiança
			Sentir-se ajudado / cuidado
		Atitudes em relação a "Si mesmo" e à vida	Higiene e arranjo pessoal
			Espiritualidade / Religiosidade
			Alimentação bem confeccionada e adequada ao gosto do idoso
			Condições ambientais favoráveis
		Estrutura / funcionamento do serviço	Privacidade / individualidade do espaço territorial
			Presença / apoio da família
			Convívio social com outros doentes
			Gosto em trabalhar com idosos
	Enfermeiro actor privilegiado promotor de conforto	Predisposição para os cuidados geriátricos	Distância etária
			Sensibilidade à vulnerabilidade / fragilidade / dependência do idoso
		Preocupações do enfermeiro	Atenção multifocal
			Suporte emocional
	Outros actores promotores de conforto	Assistentes operacionais	
	Maneira de ser / estar dos actores promotoras de "conforto/não conforto" psicoafectivo	Médicos	
		Restante equipa multiprofissional	
		Família / pessoa significativa	
		Qualidades humanas	Afectivamente expansivo / comunicativo
			Carinho

Tema	Domínio	Categoria	Subcategoria
Alicerces de Cuidar / Cuidado Confortador			Bondade / amor
			Simpatia
			Ser atencioso
		Qualidades profissionais	Capacidade de identificação dos indicadores de conforto / desconforto
			Capacidade de interação
			Disponibilidade
			Preocupação / atenção demonstrada
			Respeito pelo Outro
		Atitudes de "não conforto"	A forma como o enfermeiro toca / mobiliza
			Ausência de informação / esclarecimento pelo médico
			Forma de comunicação / interacção
	Modos e formas de confortar	Estratégias promotoras de Conforto mobilizadas pelo enfermeiro	Esclarecimento / Informação
			Interacção / Comunicação positiva
			Musicoterapia
			Toque
			Sorriso
			Humor
			Presença incondicional
			Silêncio na presença
			Relação de empatia / cumplicidade
			Promover a autonomia
			Atender à decisão / vontade / desejos do doente idoso
			Integração do idoso / família como parceiro de cuidados
			Respeito pela identidade de género
			Alívio de desconforto através de massagem / mobilização / terapêutica
		Momentos particulares de Conforto	Contacto inaugural
			Cuidados de higiene e arranjo pessoal
			Visita da família
	Concepções de "Conforto/Não Conforto"	Expressão multifocal/multidimensional do Conforto	Individualidade / subjectividade
			"Bem-estar global" e "Estar bem"
			Intenção de cuidar / cuidados
			Estado de alívio / ausência de dor
		Expressão do "Não Conforto"	Estado / sentimento de "mal estar"
			Estado / sentimento de vivência de dor

ANEXO IX

Modelo do consentimento informado para os participantes

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I. Registo dos esclarecimentos dos pesquisadores aos colaboradores da pesquisa

Prezado(a) Colaborador

Eu, Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro, a realizar uma tese de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Pro^a Dr^a Maria Arminda Costa, quero convidá-lo(a) a participar de um estudo que tem como objectivos:

- Compreender a natureza do conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Identificar as necessidades de conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Identificar as situações de cuidados que permitem a utilização do conceito de conforto doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.
- Identificar os papéis dos vários actores no processo de construção do conforto do doente idoso crónico hospitalizado, no contexto cultural de um serviço de medicina.

Para tal, necessito da sua colaboração para uma entrevista, iniciando-se com dados de identificação pessoal que serão anotados num formulário seguindo-se a entrevista propriamente dita, que, se me der autorização, será gravada e dela constarão questões relacionadas com o tema em estudo. A entrevista será realizada em dia e horário previamente combinado de acordo com a sua conveniência e disponibilidade, será realizada e transcrita (ouvida e digitada) por mim. Tudo que for dito ao longo da entrevista será confidencial, sigiloso e o seu depoimento estará sob a minha responsabilidade. A previsão para a duração da entrevista é de 20 a 30 minutos.

O conteúdo da entrevista será utilizado apenas na realização do estudo e em publicações com ele relacionado, mantendo o anonimato.

É igualmente importante informar que será mantido absoluto sigilo quanto à sua identidade. A sua participação será totalmente voluntária, podendo deixar de participar a qualquer momento, não lhe sendo acarretado qualquer tipo de prejuízo por isso.

Antes de iniciar, gostaria de saber se o Senhor(a) necessita de mais alguma informação, pois estou à sua inteira disposição para os esclarecimentos que considerar necessários.

Tendo aceite colaborar no estudo, necessito da sua assinatura e agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade. O meu contacto telefónico se necessário é 962814866.

Este termo constará de duas vias, das quais uma ficará com a pesquisadora e a outra com o(a) entrevistado(a).

Atenciosamente,

Orientador
Maria Arminda Costa

Aluna solicitante
Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro

II. Termo de Consentimento Pós Informado

Compreendo os objectivos deste estudo e o que é esperado de mim concordando por isso em participar de forma voluntária no mesmo.

Entendo que as informações serão confidenciais, não haverá identificação nominal, a não ser que eu deseje e que não sofrerei nenhum tipo de sanção, caso desista de participar deste estudo em qualquer momento.

Declaro que todas as informações foram prestadas pela pesquisadora e que fui convidado para participar deste estudo.

Colaborador:

Nome:-----

Assinatura:-----